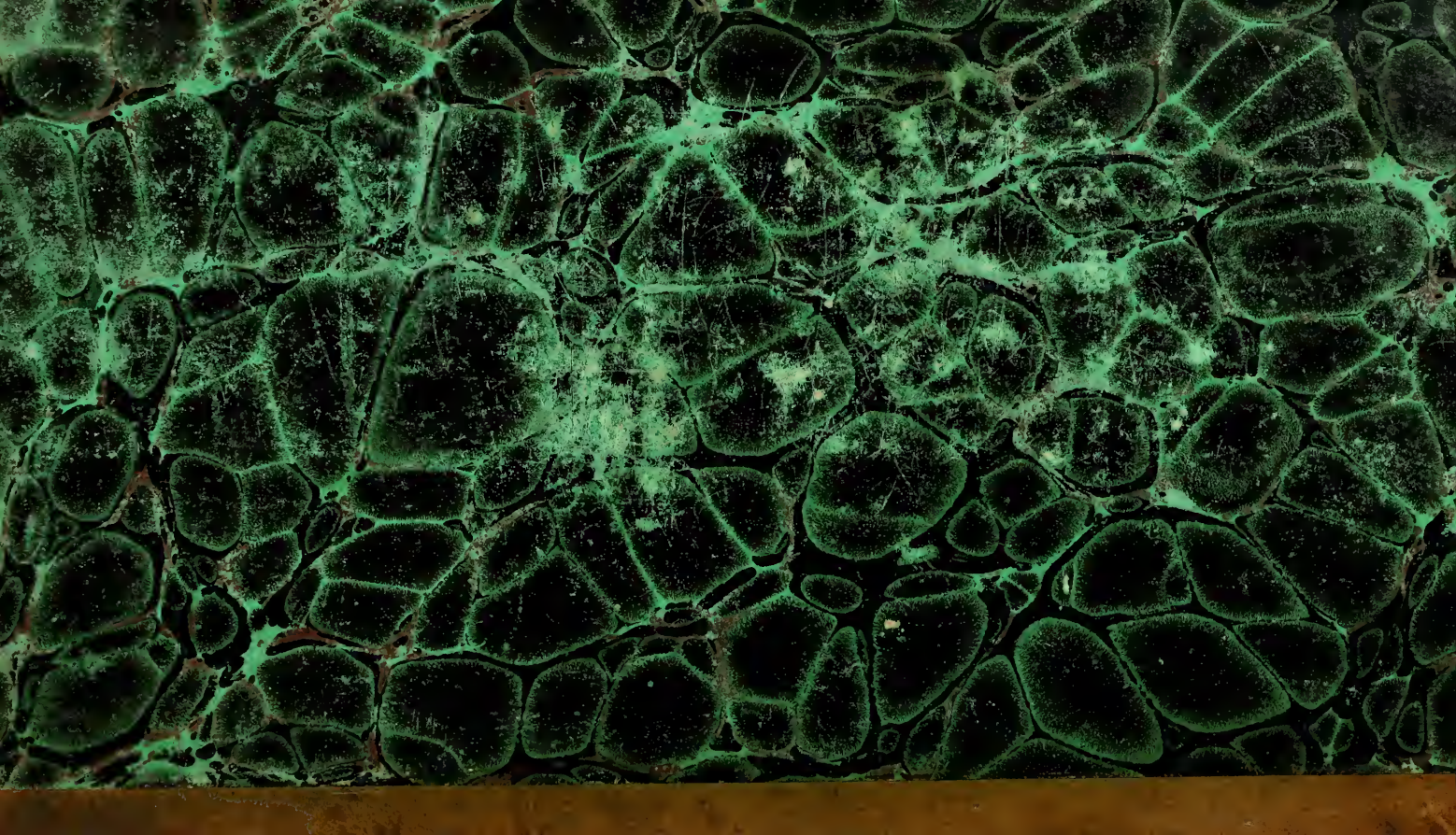
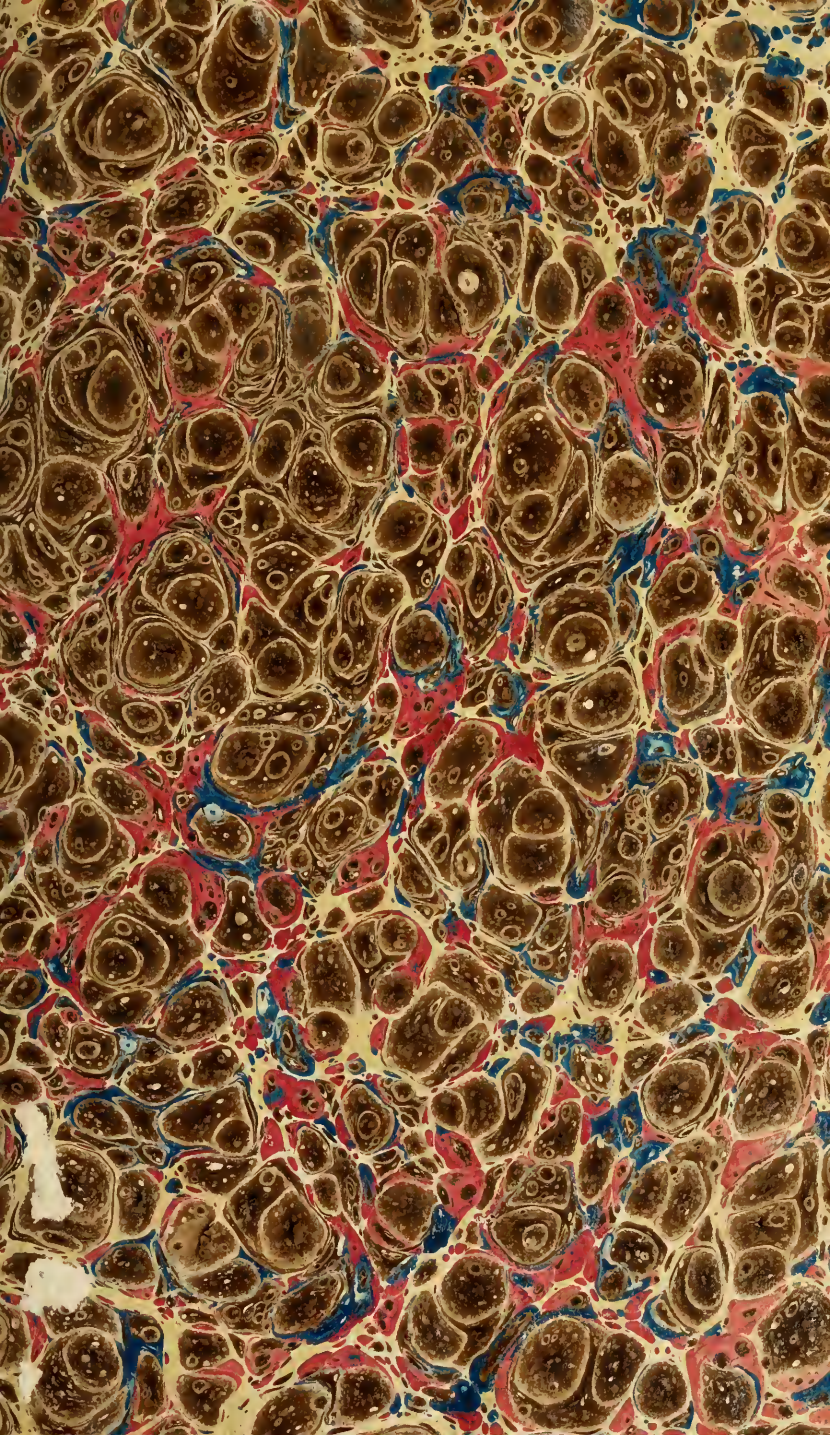


YALE

אורים
ותמים

MEDICAL LIBRARY



TRAITÉ

THÉORIQUE ET PRATIQUE

DES

MALADIES DES YEUX.

TOME II.

ABERCROMBIE. Traité des maladies de l'Encéphale et de la moelle épinière, traduit de l'anglais avec des notes par A. N. Gendrin ; 1833, 1 vol. in-8°, br. ..... 7 fr.

ALIBERT. Monographie des dermatoses, ou précis théorique et pratique des maladies de la peau. Deuxième édition, 1835 ; 2 forts volumes grand in-8°, avec figures très-bien coloriées représentant 52 espèces de maladies (édition de luxe)..... 20 fr.

Le même ouvrage, 1 vol. in-4° avec un plus grand nombre de figures renfermant 40 sujets..... 35 fr.

AMUSSAT. Leçons sur les rétentions d'urine causées par les rétrécissemens du canal de l'urètre, et sur les maladies de la prostate, publiées sous ses yeux par M. A. Petit, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Paris, 1832 ; 1 vol. in-8°, br. ..... 4 fr. 50 c.

BLANDIN (Ph.-Frédj. Traité d'anatomie topographique, ou Anatomie des Régions du corps humain, considérée spécialement dans ses rapports avec la chirurgie et la médecine opératoire. Paris, 1834 ; 1 fort vol. in-8°, et atlas in-fol. de 20 pl. ; 2e édition ..... 25 fr.

BLANDIN. De l'autoplastie, ou restauration des parties du corps qui ont été détruites, à l'aide d'un emprunt fait à d'autres parties plus ou moins éloignées, 1836, 1 vol. in-8°, br. ..... 4 fr. 50 c.

BLANDIN. Parallèle entre la taille et la lithotritie, 1834, in-8°, br. de 168 pages. ..... 3 fr. 50 c.

BOURGERY. Traité de petite chirurgie, contenant l'art des pansemens, les médicamens topiques, les bandages, les vésicatoires, les cautérisations, les opérations simples, la saignée, les incisions, les ponctions, la vaccination, la cathétérisme, la réduction des hernies, les plaies simples, les brûlures, les ulcères, les abcès, les hémorrhagies, 1835 ; 1 vol. in-8°, br. ..... 6 fr.

BRIERRE DE BOISMONT. Manuel de Médecine légale à l'usage des médecins, des avocats et des jurés ; 1 vol. in-18, 1835. 2 fr. 50.

CHOMEL. Leçons de clinique médicale, faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, recueillies et publiées sous ses yeux par *J. L. Genest*, *D. M. P.*, ancien chef de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, et *Requin*, *D. M. P.*, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, 1834, 1836 ; 2 vol. in-8°, br. ..... 14 fr.

Le tome 2e séparément ..... 7 fr.

CHOPART. Traité des maladies des voies urinaires. Nouvelle édition, revue, corrigée, augmentée de notes et d'un mémoire sur les pierres de la vessie et sur la lithotomie, par Félix Pascal, d. m. P. Paris, 1830 ; 2 vol. in-8° br. ..... 12 fr.

COMBE. Nouveau manuel de phrénologie, d'après les systèmes de *Gall* et *Shurzheim*, trad. de l'anglais, avec des additions très-nombreuses, par J. Fossati, président de la société phrénologique de Paris, 1836 ; 1 fort vol. in-18, avec fig. ..... 3 fr. 50 c.

DEVERGIE. Médecine légale, théorique et pratique, avec le texte et l'interprétation des lois relatives à la médecine légale, revus et annotés par Dehaussy, conseiller à la cour de Cassation, 1836 ; 2 forts vol. in-8°. ..... 17 fr.

DUPARCQUE. Traité théorique et pratique sur les altérations simples et cancéreuses de la matrice, 1835, in-8°, br. ..... 6 fr. 50.

TRAITÉ

THÉORIQUE ET PRATIQUE

DES

MALADIES DES YEUX,

PAR M. LE DOCTEUR WELLER,

MÉDECIN OCULISTE DE LA VILLE DE DRESDE,

TRADUIT DE L'ALLEMAND SUR LA DERNIÈRE ÉDITION,

PAR F. J. RIESTER;

AUGMENTÉ DE NOTES,

PAR L. JALLAT, DOCTEUR EN MÉDECINE.

TOME SECOND.

A PARIS,

CHEZ GERMER-BAILLIÈRE, LIBRAIRE,

RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, N° 13 *bis*.

1832.

Digitized by the Internet Archive
in 2012 with funding from
Open Knowledge Commons and Yale University, Cushing/Whitney Medical Library

http://www.archive.org/details/traitp02well

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE SECOND VOLUME.

Pag.

MALADIES DE LA RÉTINE ET DU NERF OPTIQUE. 1
Inflammation simple de la rétine . . . . . *id.*
Amaurose 2
Anomalies de la vue. 43
Strabisme 44
Obliquité de l'œil ou de la vue 49
Myopie'. 5o
Presbyopie 54
Diplopie 55
Hémiopie. 57
Nyctalopie. . . . . *id.*
Héméralopie 58
Myodéopsie 61
Fongus médullaire de la rétine. 63
MALADIES QUI AFFECTENT A LA FOIS LES PARTIES OPAQUES ET LES PARTIES TRANSPARENTES DE L'ŒIL. 71
Inflammation externe, simple, du globe de l'œil . . . . . *id.*
Ophthalmite interne 76
Staphylôme de la cornée. 79
Staphylôme de l'iris 89
Synéchies antérieure et postérieure 91
MALADIES QUI AFFECTENT LA TOTALITÉ DU BULBE OCULAIRE . . 95
Inflammation simple de tout le globe de l'œil. . . . . *id.*
Atrophie du globe de l'œil. 98
État variqueux général de l'œil 105
Squirrhe et cancer du globe de l'œil. 107
Ossification du globe de l'œil 113
Diminution et augmentation congéniale du nombre des yeux 114

Pag.
Ophthalmies spécifiques 116
Des ophthalmies spécifiques en général ..... *id.*
Ophthalmie catarrhale 120
Ophthalmie d'Égypte 125
Ophthalmie rhumatique 138
Ophthalmie arthritique 143
Ophthalmie varioleuse 150
Blépharophthalmie glanduleuse varioleuse 154
Ophthalmie morbilleuse et scarlatineuse 155
Ophthalmie syphilitique 160
Inflammation gonorrhoïque des paupières de l'œil ..... *id.*
Iritis syphilitique 165
Ophthalmoblennorrhée syphilitico-scorbutique 170
Ophthalmie psorique 171
Ophthalmie scrophuleuse 183
Orgeolet scrophuleux 196
Blennorrhée scrophuleuse 197
Ophthalmie scorbutique 198
Staphylôme de la sclérotique 199
Appendice 201
Manière de préparer et d'appliquer convenablement les médicamens topiques dans les maladies des yeux .... *id.*
Caustiques 203
Nitrate d'argent ..... *id.*
Potasse caustique ..... *id.*
Deutoxide de mercure 204
Acide arsénieux ..... *id.*
Alun calciné 205
Chlorure d'antimoine ..... *id.*
Acide sulfurique 206
Bains d'yeux ..... *id.*
Fumigations ..... *id.*
Douches 207
Lunettes 218
Lorgnettes 218

Poudres ophthalmiques..... 220
Pommades ophthalmiques..... 221
Visières..... 224
Collyres..... *id.*
Évacuation artificielle de l'humeur aqueuse à travers la cornée..... 229
Sangsues..... 230
Cataplasmes..... 231
Électricité..... 232
Galvanisme..... 233
Fomentations..... 234
Bains gazeux..... 236
Excitans de la peau..... 238
Vésicatoires..... 239
Emplâtre de tartre stibié..... *id*
Potasse caustique délayée..... 241
Fonticules..... *id*
Séton..... 242
Écorce de bois gentil..... 243
Moxa..... *id.*
Sinapismes..... *id.*
Froid..... 244
Sachets aromatiques..... 245
Lumière..... 247
Diminution de la lumière..... 248
Air..... 250
Emplastiques..... *id.*
Pinceaux..... 252
Mouchetures à la surface de l'œil..... 253
Nouvelle méthode pour produire artificiellement l'opacité du crystallin sur les cadavres..... 255
Description d'un nouvel ophthalmophantôme..... 265
Description des figures..... 277

FIN DE LA TABLE DU SECOND VOLUME.

ERRATA

DU SECOND VOLUME.

Pag. 21, ligne 30, excès de sensibilité, *lisez* : excès de vitalité.
Pag. 23, ligne 23, défaut de sensibilité, *lisez* : défaut de vitalité.

TRAITÉ

THÉORIQUE ET PRATIQUE

DES

MALADIES DES YEUX.

MALADIES DE LA RÉTINE ET DU NERF OPTIQUE.

INFLAMMATION SIMPLE DE LA RÉTINE.

Retinitis.

On peut soupçonner l'existence d'une inflammation de la rétine aussi limitée que possible, lorsqu'il y a une photophobie excessive, accompagnée de larmoiement, de céphalalgie et de douleurs pongitives dans la profondeur de l'œil; quand le malade voit ensuite s'élever des étincelles et qu'il croit apercevoir des éclairs (phénomènes dont l'intensité augmente sous l'influence de toutes les causes de congestion vers la tête); lorsqu'après la diminution de ces symptômes il est affecté d'une *amblyopie* réellement nerveuse, plus ou moins prononcée; lorsqu'à la première manifestation de cette affection le malade croit apercevoir des *mouches volantes* ordinaires (dont quelques-unes sont assez souvent entourées d'une auréole lumineuse, ou même d'un cercle de

feu qui s'éteignent et disparaissent peu à peu à mesure que l'*amblyopie* augmente; enfin, quand le médecin n'observe dans l'œil pendant la durée de la maladie aucun phénomène inflammatoire, si ce n'est un léger rétrécissement de la pupille. Mais il est rare que l'on observe une inflammation aussi limitée de la rétine, car le plus souvent la choroïde, l'iris et la sclérotique participent en même temps à cette affection, et offrent alors les symptômes que nous indiquerons en parlant de l'*ophthalmite interne*. Cette maladie est souvent produite par une sur-excitation de la rétine, due à l'impression d'une vive lumière, à l'action de considérer d'une manière continue des objets brillans et d'un petit volume, à la suppression d'hémorrhagies nasales habituelles, etc.

Le pronostic est encore assez favorable quand la maladie est récente, si elle a été traitée d'une manière convenable dès le début, et si l'*amblyopie* consécutive est peu considérable. Mais quand l'affection survient d'une manière lente et insidieuse, il reste souvent un état variqueux qui entretient l'amblyopie. Lorsque la rétine est le siége d'une altération organique occasionée par l'inflammation, l'amblyopie amaurotique ou l'amaurose qui en résulte est incurable.

Le traitement est le même que celui de l'ophthalmie interne. Les amblyopies consécutives qui ne dépendent pas d'une altération de quelqu'une des parties du globe de l'œil, cèdent ordinairement à l'usage des stimulans volatils que nous indiquerons en parlant du traitement de l'amaurose en général, et que l'on doit employer en frictions et en vapeurs.

AMAUROSE.

Amaurosis (*de* Ἀμαυρὸς, *obscur, sombre*); *gutta serena.*

On entend par *amaurose*, une véritable cécité dont la cause dépend des parties qui, à l'état normal, président à la vision; or comme cette faculté appartient aux parties nerveu-

ses du globe de l'œil, c'est dans elles, et surtout dans la rétine et le nerf optique que doit résider cette affection. Quand cette cécité nerveuse n'est pas complète, et que le malade y voit encore plus ou moins, on la désigne sous le nom de faiblesse de vue amaurotique, *amblyopia amaurotica*. Il arrive quelquefois qu'elle ne passe jamais à l'état d'amaurose complète, mais elle peut persister à ce degré pendant toute la durée de la vie, sans éprouver aucun changement.

Symptômes de l'amaurose en général. Il est utile de diviser les signes de l'amaurose, en ceux que le malade seul peut remarquer (*signes subjectifs*), et en ceux qu'observe le médecin (*signes objectifs*).

Signes subjectifs. La vue diminue ou est entièrement abolie, tantôt dans un seul œil, tantôt dans tous les deux à la fois. Ce symptôme est constant, seulement il est précédé ou accompagné de l'un ou de l'autre des signes suivans :

Le malade éprouve assez souvent à la surface de l'œil une sécheresse incommode; il lui semble que le globe oculaire soit chassé hors de l'orbite; il se plaint fréquemment d'éprouver dans l'œil et les parties environnantes, une certaine sensation, qui n'est cependant accompagnée d'aucune douleur, ou un sentiment de plénitude particulier, et une pesanteur insolite; il est en même temps affecté de fréquens vertiges, qui sont ordinairement suivis d'une diminution considérable de la vue, et quelquefois de violens maux de tête. Parfois il hésite à mouvoir les paupières, parce qu'il croit sentir une poussière fine entre elles et le globe de l'œil. Souvent l'amaurose se développe sous l'influence de céphalalgies générales ou d'hémicrânie, périodiques. En général, cette affection est souvent précédée, pendant assez long-temps, de ces sensations douloureuses que le malade éprouve néanmoins aussi fréquemment lorsqu'il y a déjà cécité d'un œil ou même de tous les deux à la fois; dans quelques cas la douleur se manifeste en même temps que commence la cécité; enfin il est des sujets chez qui la douleur la plus vio-

lente ne dure que jusqu'à la formation parfaite de l'amaurose; après quoi elle se dissipe insensiblement. Il est des circonstances dans lesquelles les souffrances sont si vives que les malades perdent connaissance, et éprouvent des accès de fureur; on trouve toujours alors, après la mort, de graves lésions organiques de l'encéphale ou de son enveloppe osseuse, surtout à la base du crâne. Dans les cas où l'amaurose étant parfaite, les autres sens et la mémoire commencent à s'affaiblir, cette affection est suivie d'une mort prompte.

Quelquefois l'amaurose ne paraît affecter qu'une moitié de la rétine, le malade ne voit alors que la moitié des objets (*hemiopsia*, *visus dimidiatus*); ou bien il lui semble que les objets qu'il considère sont privés de quelques-unes de leurs parties (*visus interruptus*); ou bien encore la faculté visuelle se trouve inégalement répartie dans la rétine; il en résulte que le malade croit voir des figures demi-transparentes, affectant la forme de lignes droites; circulaires ou sinueuses (*scotomata*), qui d'abord voltigent devant les yeux, et deviennent ensuite fixes. On donne à ce phénomène le nom de *mouches volantes* (*visus muscarum*). Lorsque ces figures prennent la forme de réseaux ou de gazes, on nomme cette hallucination *visus reticulatus*. Souvent le malade voit briller des lumières et des éclairs devant ses yeux (*visus lucidus*, *photopsia*, *mamaryge Hippocratis*); quelquefois il est affecté d'une photophobie, qui le met fréquemment dans l'impossibilité de reconnaître les plus petits objets, quoiqu'ils soient faiblement éclairés (*oxyopia*). Dans d'autres cas les malades voient tous les objets enveloppés d'un brouillard, ou comme couverts d'une poussière de charbon (*visus nebulosus*). Tantôt ils aperçoivent les objets doubles (*diplopia*), ou colorés (*crupsia*), surtout à leur circonférence; tantôt, au contraire, ils ne distinguent les couleurs qu'avec difficulté (1) (*achromatopsia*); quelquefois ils louchent (*stra-*

(1) Surtout celles qui, à cause de leur ton mat, se confondent les unes dans les autres. Cela tient en général à une faiblesse de la vue. La

bismus), ou bien l'un des deux yeux a une direction oblique (*luscitas*). Les personnes affectées de cette maladie sont souvent myopes, quelquefois presbytes; dautres fois, au contraire, les objets leur paraissent défigurés et déplacés *visus defiguratus*, *metamorphopsia* (1).

Les *signes adjectifs* de l'amaurose résident principalement dans la pupille; celle-ci est, en effet, tantôt trop grande, ce qui a lieu le plus souvent, et tantôt trop petite; mais presque constamment elle paraît anguleusc et déplacée. En même temps sa couleur noire est rarement aussi pure que dans l'état sain; elle est, tantôt un peu nébuleuse, tantôt d'un gris foncé ou d'un gris verdâtre; d'autres fois enfin elle présente une teinte d'un blanc-rougeâtre ou d'un blanc-jaunâtre, et offre alors plus ou moins de ressemblancee avec la pupille dans la cataracte. Mais dans tous ces cason aperçoit distinctement que l'opacité réside dans le fond de l'œil; souvent même elle paraît concave. En même temps l'iris est, tantôt complètement immobile malgré les variations de lumière les plus brusques, tantôt cette membrane offre une légère mobilité; tantôt enfin, quoique cela soit rare, sa mobilité est très-grande. Lorsqu'un seul œil est affecté d'amaurose, il arrive souvent que les deux pupilles se contractent

cause ne peut pas en être le défaut de pigmentum, car ce vice existerait toujours chez les Albinos.

(1) Quelque fréquens que puissent être et que soient réellement ces symptômes d'une amaurose commençante, on les rencontre presque tous sur des yeux sains du reste, ou qui du moins ne font pas craindre une amblyopie amaurotique, tant les phénomènes dont les nerfs peuvent être le siége sont nombreux et variables. Heureusement la présence de l'un ou de l'autre de ces symptômes est loin d'annoncer toujours une véritable amblyopie ou même une cécité, pas plus qu'un frisson dans le dos n'indique toujours une fièvre, ou qu'un tremblement involontaire d'un pied ou d'un bras survenu subitement n'annonce ou ne constitue une chorée. Il faut souvent par conséquent la plus grande prudence de la part du médecin, pour juger exactement du danger ou de l'innocuité d'un ou de plusieurs des phénomènes que nous venons d'indiquer.

et se dilatent successivement tant que les deux yeux sont ouverts; mais si on ferme l'œil sain, l'iris de l'œil malade est à l'instant immobile, la pupille se dilate et paraît anguleuse. La couleur et la structure de l'iris subissent également des altérations sensibles dans beaucoup d'espèces d'amauroses, surtout quand la rétine et le nerf optique sont sous l'influence d'une dyscrasie.

Lorsque cette altération est une fois établie, la maladie d'après ce que j'ai pu observer, résiste à tous les moyens employés. On a jusqu'ici presque entièrement perdu de vue ce symptôme objectif qui se présente dans beaucoup de cas d'amaurose; c'est pourquoi j'ai cru devoir appeler sur lui l'attention des médecins, espérant que peut-être un jour il sera d'une grande importance pour la symptomatologie de cette maladie.

Souvent les personnes affectées d'amauroses éprouvent de la somnolence ou de l'insomnie, certains phénomènes paralytiques des muscles de la face ou des membres, et des accidens convulsifs qui, lorsqu'ils surviennent seulement après que la cécité est complète, sont communément d'un très-mauvais augure pour la durée de la vie du malade.

Du reste, l'amaurose peut naître subitement ou ne se développer qu'avec lenteur, comme cela a lieu le plus ordinairement : cette affection peut être durable ou passagère, périodique et même intermittente; elle peut encore être simple ou compliquée de *glaucôme*, de *cirsophthalmie*, de *cataracte*, de *blépharoplégie*, de l'*atrophie du globe oculaire*, etc., ou enfin de certaines maladies générales qui quelquefois lui donnent naissance. Celles-ci sont principalement l'arthritis, le rhumatisme, la chlorose, le typhus, l'hydrocéphalie, la coqueluche, la phthisie, etc.

Dans l'hydrophthalmie, le glaucôme et la cirsophthalmie parvenue à un haut degré de développement, la fonction de la rétine est toujours diminuée, et par conséquent ces maladies se compliquent constamment d'une amaurose plus ou moins complète.

Causes générales de l'amaurose. L'amaurose n'affecte ordinairement de préférence pour aucun âge et pour aucun sexe; cependant les yeux noirs ou bruns y sont beaucoup plus disposés que ceux dont l'iris est coloré en bleu ou en gris. Les sujets dont les yeux sont de couleur foncée ont surtout à craindre la perte de la vue lors de la cessation de l'écoulement menstruel ou de la suppression des hémorrhoïdes. Les individus qui offrent ce qu'on désigne sous le nom d'*habitude nerveuse*, dont le système nerveux se trouve à un haut degré d'excitation, ceux qui ont une véritable pléthore, ou qui offrent une tendance habituelle aux congestions sanguines vers la tête et sur les yeux, sont plus particulièrement disposés à cette maladie. On remarque cependant en général, dans la plupart des cas, que la cause prochaine consiste dans une congestion sanguine insolite vers les yeux, soit que cet accident dépende d'une surabondance de ce fluide, soit que celui-ci soit appelé dans cette région par un stimulus. L'amaurose paraît quelquefois être héréditaire; cependant cette circonstance se présente très-rarement; au reste, les observations qu'on a rapportées à l'appui de cette opinion ne sont pas bien convaincantes. L'amaurose qui dépend d'une disposition particulière en vertu de laquelle les individus ont de l'aversion pour certains alimens, pour certains médicamens ou pour certaines situations du corps, se présente rarement. Il faut ranger dans cette espèce rare l'amaurose qui se manifeste au commencement d'une grossesse et disparaît vers la fin; mais elle est toujours accompagnée de dégoût et de vomissemens que rien ne peut arrêter. Morgagni (*epistola XIII*) rapporte un exemple de ce genre où la cécité disparut après l'accouchement. Beer en rapporte un autre dont le sujet resta privé de la vue après la parturition. L'usage immodéré du café de chicorrée, de la bière amère, des médicamens pris dans la classe des amers et surtout du *quassia amara*; l'emploi abusif des narcotiques (1) et des pré-

(1) L'emploi trop fréquent des narcotiques, même comme topiques, peut

parations de plomb, ont souvent occasioné l'amaurose. Cette affection peut aussi se développer sous l'influence d'obstructions des viscères abdominaux, de l'hypocondrie et de l'hystérie, à la suite des congestions sanguines continues vers la tête, occasionées par les fortes contentions de l'esprit, et, d'après Schmucker, etc., après des marches forcées faites pendant les grandes chaleurs, etc., par la suppression d'écoulemens sanguins habituels, etc. De même, les *coups de soleil*, les ophthalmites internes simples, l'encéphalite, l'action de regarder le soleil et la lune, ou de considérer long-temps des objets peu volumineux et étincelans, surtout à travers des loupes et des microscopes, la pénétration d'un éclair dans un appartement obscur, les voyages entrepris sous un soleil éclatant à travers un pays couvert de neige, sont souvent la cause d'une amblyopie amaurotique ou d'une amaurose parfaite. Cette maladie dépend fréquemment d'une faiblesse générale ou locale occasionée par l'onanisme, par des pollutions trop abondantes, des salivations ou des diarrhées continuelles, des commotions éprouvées par le globe oculaire, des éternuemens violens ou des coups portés sur l'œil, sur la région sus-orbitaire, etc. D'autres fois l'amaurose succède aux chagrins long-temps prolongés, aux pleurs continuels arrachés par l'inquiétude et la crainte de manquer d'alimens, aux jeûnes ou aux veilles prolongés, aux frayeurs violentes et subites, à un mouvement de colère excessive ou comprimée, à des lotions sur l'œil faites avec de l'eau très-froide et trop fréquemment réitérées, etc. On observe quelquefois des amauroses passagères ou durables à la suite du typhus; Reil, Beer et d'autres auteurs en ont vu des exemples.

L'arthritis et certaines autres dyscrasies sont fréquemment la cause de l'amaurose. La présence de vers dans le ca-

finir par déterminer une véritable faiblessse de la vue. On peut en dire autant des vapeurs d'ammoniaque, lorsque les yeux y sont souvent et et long-temps exposés.

nal intestinal, la suppression des sueurs aux pieds et à la face, la guérison trop prompte d'ulcères invétérés aux jambes, la répercussion d'exanthèmes chroniques, etc., donnent aussi souvent lieu à l'amaurose. Cette affection peut encore être le résultat de la présence de tumeurs ou d'une carie dans l'orbite, de l'hydrocéphale interne, de l'hytrophthalmie, de la cirsophthalmie, du synchisis et du glaucôme. Beer est le premier qui ait reconnu que la cause qui doit le plus souvent déterminer l'ambliopie *sénile*, consiste dans la diminution graduelle de la sécrétion du pigment noir de la choroïde. Enfin le contact fréquemment répété des vapeurs de soufre sur l'œil peut amener une amblyopie, une amaurose, ou quelquefois seulement un mydriasis : cette cause paraît avoir été inconnue jusqu'à présent; j'ai cependant eu occasion d'en observer plusieurs fois les suites fâcheuses dans le lieu de ma résidence actuelle (Dresde), surtout chez les fabricans de chapeaux de paille.

Pronostic de l'amaurose en général. Beer présume que la raison pour laquelle on réussit si rarement à guérir cette maladie provient de l'imperfection de son étiologie, de ses complications, et du peu de soin que prennent les médecins pour l'étudier comme il faut; souvent aussi le malade perd patience et ne veut plus continuer un traitement qui quelquefois même a été commencé avec succès.

Les amblyopies ou les amauroses qui offrent le plus de chances de succès, sont celles qui sont récentes et dont le développement s'est opéré très-rapidement, parce que, dans ces cas, l'affection ne s'est pas encore bien identifiée avec les nerfs de l'œil, et qu'il est souvent facile de remonter à sa cause.

L'amblyopie amaurotique disparaît quelquefois spontanément sans le secours de l'art, après la manifestation subite d'une action morbide ou normale de l'économie. On doit ranger parmi ces actions salutaires les exanthèmes cutanés, les écoulemens puriformes par les oreilles, les saignemens

de nez violens, le retour des hémorrhoïdes et des règles, etc. Les amauroses qui sont dues à l'abus des narcotiques se dissipent souvent spontanément. Quand on a eu le bonheur de guérir une amaurose il reste fréquemment une amblyopie. Souvent un seul œil est guéri et l'autre est encore affecté, ou bien l'amaurose ne disparaît que dans un point de la rétine; dans ce cas, le malade, pour voir distinctement les objets, est obligé de les mettre exactement dans la direction de la portion de cette membrane qui a recouvré sa fonction. Il est rare que la vue se rétablisse dans les deux yeux à la fois. Quand la guérison de l'amaurose s'effectue peu à peu, à mesure que la vue se rétablit on observe communément les mêmes phénomènes (tels que la vue de gazes, de mouches volantes, d'éclairs, etc.) qu'on avait remarqués pendant que la maladie faisait des progrès. Lorsqu'un seul œil est d'abord frappé d'amaurose, la vue ne tarde pas à diminuer et à se perdre dans l'autre œil, surtout quand la maladie est due à une cause générale.

Du reste, le seul aspect de l'œil amaurotique peut souvent faire pronostiquer l'incurabilité de l'affection, surtout lorsque le malade n'éprouve pas la perception de la lumière à un certain degré, et que l'œil a perdu le *regard*, comme on dit vulgairement.

Traitement de l'amaurose en général. Après avoir découvert les causes de la maladie et en avoir bien pesé l'intensité et la nature, on cherche à les éloigner par les moyens convenables.

Il faut donc, avant tout, prendre en considération les causes, si on veut entreprendre avec le plus de chances possibles le traitement de cette maladie et éviter les tâtonnemens. Il y a non-seulement des amauroses arthritiques, psoriques, syphilitiques, etc.; mais il y a encore, comme plusieurs observations m'en ont convaincu, des amauroses scrophuleuses. Le médecin qui raisonne sur son sujet doit donc déterminer à quelle espèce d'amaurose il a affaire pour

employer ensuite avec vigueur les moyens qui conviennent à chacune d'elles. Mais lorsque les véritables causes de la cécité sont connues, et même lorsqu'on croit les avoir éloignées, on n'obtient souvent que des résultats peu marqués, et il ne s'ensuit que peu ou pas d'amendement. C'est aussi le motif pour lequel les médecins, même les plus distingués, n'entreprennent qu'avec répugnance le traitement des amauroses, et c'est pourquoi cette partie si importante de l'ophthalmologie est encore si peu avancée. La nature de la maladie échappe malheureusement trop souvent au diagnostic le plus exact et à l'application la mieux dirigée des moyens convenables. Nous avons déjà indiqué en partie la cause de ces insuccès, qui peuvent encore dépendre de l'excessive délicatesse de la rétine, ainsi que de sa position qui la rend inaccessible aux médicamens. Cependant ce ne doit pas être un motif pour reculer et pour nous empêcher d'étudier avec plus de soin cette maladie; restons donc dans la voie de l'expérience, réunissons des observations qui soient vraies et exactes, ne nous laissons pas écarter de cette voie, qui est la seule bonne, par les spéculations erronées, quoique ingénieuses, de ces esprits qui veulent tout établir *à priori*, et espérons qu'à l'avenir nos successeurs recueilleront le fruit de nos travaux, dont les spéculateurs voudraient en vain par leurs efforts prématurés jouir aujourd'hui.

J'ai eu à traiter des amauroses parfaites chez des enfans où on ne pouvait découvrir aucune autre cause que la présence des vers dans le canal intestinal. Une petite fille de six ans était tout-à-fait aveugle depuis trois ans, et avait été pendant tout ce temps constamment et vainement traitée par deux médecins; je lui fis rendre treize vers ascarides lombricoïdes d'un volume extraordinaire dans l'espace de six jours. La vue était déjà revenue le septième jour du traitement, au point que l'enfant pouvait distinguer la dimension des objets; mais malgré les moyens les plus convenables qui furent employés depuis, cet amendement ne fit presque plus

de progrès. Il est probable que dans ce cas il s'était opéré dans le tissu de la rétine ou du nerf optique quelque altération capable de rendre ces parties tout-à-fait inaptes à percevoir la lumière.

Ceci n'est pas une vaine spéculation, l'expérience le prouve, et les autopsies cadavériques font souvent reconnaître d'une manière évidente les altérations de substance de la rétine dans les yeux qui ont été affectés d'amaurose (*). Cependant cette désorganisation se montre plutôt dans certains cas et plus tard dans d'autres; mais à coup sûr cela a presque toujours lieu lorsque la cécité a duré pendant quelque temps ; car les organes qui ont cessé de remplir leur fonction naturelle ne tardent pas à éprouver des changemens dans leur nutrition.

Quand on ne peut parvenir à éloigner les causes d'une amaurose, ou quand on ne peut attribuer cette affection à aucune circonstance digne d'attention, il ne reste plus d'autre ressource que de recourir à un empirisme raisonné, dans lequel on doit surtout avoir égard au sexe, à l'âge des malades, et aux phénomènes morbides qui ont accompagné cette affection à son origine.

Les moyens empiriques employés contre l'amaurose, qui ont mérité une certaine réputation, consistent dans les médicamens internes et externes dont nous allons parler.

Les *vomitifs* sont mis en usage pour éloigner des saburres gastriques ou pour modifier, par la secousse qu'ils produisent, la manière d'être du système nerveux. Les *drastiques* sont surtout indiqués dans les cas de congestions sanguines vers la tête, lorsqu'en même temps les selles sont rares et très-solides; mais il faut se garder d'employer de prime abord ces médicamens quand il y a constipation; on doit au contraire les faire précéder de lavemens apéritifs.

(*) Voyez deux exemples remarquables de ce genre dans le *Journal des Progrès des sciences et institutions médicales*, etc., vol. VI, année 1827; p. 248. (*N. d. Tr.*)

Les *diaphorétiques* doivent être tentés, lorsque surtout, la peau étant sèche, on peut soupçonner que les fonctions de l'organe cutané ont éprouvé quelque perturbation. Dans un très-grand nombre de cas l'amblyopie et l'amaurose doivent être attribuées à cette cause, parce qu'elle provoque souvent une action morbide dans les parties nerveuses de l'œil, dont l'intensité ou la faiblesse détermine la rapidité ou la lenteur de la diminution de la vue. Si dans ces cas il y a pléthore générale, il est bon de faire précéder l'administration des sudorifiques d'une saignée, ou d'un léger laxatif s'il y a constipation, si la langue est chargée, etc. Les *emménagogues* doivent être employés avec prudence et seulement lorsqu'on présume que l'amaurose dépend d'une suspension, d'une suppression ou d'une cessation prématurée des menstrues. Si le médecin est appelé pour une amaurose ou pour une amblyopie amaurotique qui ait succédé immédiatement à la suppression d'un flux sanguin, ou qui soit survenue peu de temps après elle, il doit s'empresser de faire une saignée, et la répéter s'il n'en résulte pas une amélioration sensible de la vue. Lorsque la quantité de sang est ainsi diminuée, rien n'est plus propre à rétablir complètement la vue que l'administration d'un vomitif. Cette méthode de traitement est presque toujours applicable lorsque la maladie est à son début, quelle que soit la cause de la suppression de l'écoulement sanguin, comme un refroidissement, la frayeur, la colère ou le chagrin.

L'amaurose ou l'amblyopie sont quelquefois le produit d'une attaque d'apoplexie, qui, dans quelques cas, ne présente aucun autre symptôme que l'amblyopie subite, ou même la cécité complète d'un œil. Si cela arrive chez des sujets pléthoriques, gros et courts, à cou volumineux et très-peu allongé, il faut commencer le traitement, immédiatement après l'accident, par une large saignée. On emploie ensuite les lavemens, les laxatifs, les applications froides, après lesquels on passe à l'usage des stimulans. C'est en général une entreprise ha-

sardeuse que de traiter immédiatement par des irritans une amaurose survenue subitement; car le plus souvent on augmente la maladie, qui devient plus opiniâtre, et finit par résister à tous les moyens de guérison. Lorsque la faiblesse de la vue est entretenue par des inflammations internes de l'œil, ou par des congestions sanguines vers cet organe, M. le docteur Vetsch (*A practical treatises on the diseases of the eye; London*, 1820) recommande de saigner jusqu'à syncope. Les *vermifuges* peuvent aussi quelquefois faire disparaître la cause de l'amaurose. Les *mercuriaux* doivent être employés, surtout lorsqu'il y a complication de syphilis, ou qu'il existe en même temps des obstructions des viscères abdominaux; mais on doit éviter absolument de s'en servir chez les sujets qui offrent une disposition scorbutique, et lorsque l'amaurose est accompagnée de synchisis.

Tout récemment les *mercuriaux* ont été fortement recommandés, surtout par Langenbeck (1), Wedemeyer, etc. L'amaurose peut très-souvent succéder à une inflammation de la rétine, comme nous l'apprend le premier de ces auteurs; et fréquemment cette inflammation peut avoir pour effet de rendre cette membrane incapable de percevoir la lumière. Il a guéri plusieurs amauroses, dans un espace de temps plus ou moins long en faisant prendre le sublimé corrosif à l'intérieur, sous la forme suivante :

℞ Deuto-chlorure de mercure. . .	gr.	j.
Gomme arabique.	ʒ	iij.
Eau distillée.	℥	vj.
Teinture thébaïque.	ʒ	j.

Mêlez pour prendre la dose d'une cuillerée à bouche matin et soir.

Quatre à huit grains de deutochlorure de mercure suffisaient pour obtenir la guérison. L'opacité qu'on aperçoit dans le fond de la pupille, et que Langenbeck attribue à l'altération du

(1) *Neue Bibliothek*, etc. B. 1, H. 1, S. 51.

tissu de la rétine, disparaissait, et la vue se rétablissait peu à peu. D'autres médecins ont également confirmé l'utilité de ce médicament pour combattre l'amaurose; et quoique je n'en aie pas encore obtenu des résultats très-satisfaisans dans ma pratique particulière, je pense qu'il n'en mérite pas moins de fixer l'attention de tous les médecins prudens et éclairés. Wedemeyer est parvenu à guérir par l'usage combiné du calomel et de frictions mercurielles faites sur les paupières, un peintre qui était aveugle depuis cinq à six ans. Ce malade, après avoir employé dix à douze grains de calomel, et deux gros d'onguent napolitain, fut pris d'une salivation pendant laquelle sa vue se rétablit. Il y avait, dans ce cas, de fortes présomptions, et même des indices suffisans, pour croire à un empoisonnement par le plomb. Voyez la nouvelle bibliothèque de Langenbeck, volume 1^er^, cahier 1^er^, page 187.) Je dois faire observer que dans les cas où l'on veut essayer l'emploi du mercure contre les altérations organiques ayant leur siége dans la profondeur du bulbe oculaire, ce médicament peut encore être employé avec avantage en frictions faites sur l'œil lui-même.

Les *nervins*, qui jouissent d'une réputation méritée, ne doivent être mis en usage que dans les cas ou l'amaurose paraît n'être qu'une affection nerveuse pure et simple, lorsque la maladie s'accompagne d'une diminution de la sensibilité et d'un certain état de torpeur qu'on remarque dans l'œil aussi bien que dans le reste du corps, lorsqu'enfin l'affection se manifeste par une simple extinction de la vue, comme cela arrive souvent chez les vieillards. Quand les parties profondes de l'œil sont sous l'influence de quelques dyscrasies, ou lorsque celles-ci sont causes de l'amblyopie, l'emploi des nervins est ordinairement nuisible; ces médicamens ne font alors qu'augmenter la faiblesse de la vue. Parmi eux, les principaux sont : l'*arnica*, la *valériane*, les différens *éthers*, les *camphres*, les *mille-pieds*, le *soufre doré d'antimoine*, la *belladone*, la *pulsatille*, l'*ellébore noir*, le *sumac vénéneux* (*rhus*

toxicodendron), l'*huile animale éthérée*, le *phosphore*, l'*esprit de corne de cerf*, l'*assa fœtida*, l'*opium*, la *jusquiame*, le *castoréum*, le *musc*, le *protoxide de zinc*, le *calamus aromaticus* et le *quinquina*; ce dernier augmente la cécité si on l'administre quand il existe de la constipation. Si l'on a à traiter une amaurose périodique ou intermitente, il ne faut donner ce dernier médicament qu'après avoir fait prendre le tartre stibié à dose vomitive, et des résolutifs; après cette précaution le quinquina produit quelquefois d'excellens effets. Dans quelques cas ce moyen ne suffit pas, on recommande alors de recourir à l'arsenic. On peut se servir, à cet effet, de la dissolution de cette substance, préparée d'après le procédé du docteur Heim, dont voici la formule :

℞ Acide arsénieux.	} aa	ʒ ß.
Carbonate de potasse purifié. . .		
Eau distillée.		℥ j.
Faites digérer au bain-marie, jusqu'à ce que la dissolution de l'asenic soit opérée, et lorsque le tout sera ensuite refroidi, ajoutez :		
Esprit d'angélique composé. . . .		ʒ j.
Eau distillée.		ʒ vj.
Faire prendre à la dose de cinq gouttes toutes les deux heures.		

On peut en porter peu à peu la dose jusqu'à huit et même douze gouttes. Si on veut employer l'arsenic avec espoir de succès, il faut que la langue soit nette, le ventre libre, que les fonctions de la peau s'exécutent bien, et que le malade soit exempt de toutes congestions sanguines vers la tête. On observe des amblyopies et des amauroses périodiques ou véritablement intermittentes qui semblent dès le principe, dépendre d'un état spasmodique, et qui, d'après ce que j'ai observé, se distinguent de toutes les autres espèces par cette circonstance, que l'accès terminé il ne reste pas la plus légère

faiblesse de la vue, au moins dans les commencemens. J'ai observé un cas de ce genre extrêmement intéressant, que je suis parvenu à guérir complètement, et en très-peu de temps, au moyen de l'assa fœtida.

Lorsque l'œil se trouvait dans un état de torpeur très-marquée, sans photophobie, sans traces d'inflammation des parties internes du globe de l'œil; quand le malade paraissait affecté d'une extinction non-douloureuse de la vue, qui était survenue sans cause appréciable, j'ai obtenu de très-bons résultats, dans quelques circonstances, de l'usage intérieur des feuilles du *rhus toxicodendron*, à la dose d'un quart à un demi-grain, combiné avec le soufre doré d'antimoine, quelquefois avec le camphre, en ayant toujours soin de ne pas négliger les moyens extérieurs. Mais dans les cas où cet état était accompagné d'une grande paresse du canal intestinal, (que l'on rencontre si fréquemment chez les personnes âgées, très-grasses), quand la constipation augmentait évidemment la faiblesse de la vue, j'ai employé le *rhus toxicodendron* uni à la coloquinte, de manière à obtenir deux ou trois selles par jour.

Je me suis servi empiriquement, avec avantage, de l'extrait de belladone à la dose d'un dixième à un sixième de grain, surtout dans les cas où, tout indiquant un état nerveux habituel, un des principaux phénomènes de l'amaurose commençante, consistait dans la perception de couleurs vives et bigarrées.

Les *ferrugineux* doivent être administrés avec beaucoup de précaution; car il résulte facilement de leur emploi des congestions sanguines vers la tête qui peuvent augmenter la cécité.

Les moyens topiques peuvent être employés, soit à distance, soit immédiatement appliqués sur l'œil. Il faut ranger parmi les premiers les évacuations sanguines, les fonticules, les sinapismes, les sétons, les moxas, les vésicatoires et la pommade stibiée d'Autenrieth. Ces deux derniers peuvent aussi être appliqués immédiatement au-dessus des sourcils, si

on a lieu de soupçonner que l'amaurose a été produite par la suppression de quelque action morbide qui siégeait vers cette région, par exemple, à la suite d'une guérison trop prompte d'exanthèmes de la face ou du cuir chevelu. Tous ces révulsifs et contre-stimulans doivent être employés avec énergie pour que leur action ne soit pas tout-à-fait indifférente. Ce n'est pas ici le lieu d'agir mollement avec les cantharides, l'écorce de bois gentil (*daphne mezereum*), les cautères, etc., et de chercher à adoucir le peu de douleur que ces moyens occasionent aux malades; car j'ai souvent remarqué que des vésicatoires volans appliqués tous les huit ou quinze jours, et qu'on laissait se fermer ensuite, ne produisaient aucun effet, tandis qu'en les entretenant douloureusement par des pommades irritantes on obtenait des succès étonnans.

Les révulsifs énergiques comme le moxa, l'emplâtre de tartre stibié, etc., sont surtout indiqués dans les cas où la rétine et le nerf optique sont sous l'influence d'une dyscrasie; mais il faut auparavant faire disparaître les causes de la maladie par un traitement convenable.

Il faut encore ranger parmi les moyens externes les lavemens, les bains froids et chauds, les pédiluves, les douches; mais toutes ces médications sont en général peu efficaces. Les sternutatoires ont aussi été fortement préconisés par Ware (1) et par d'autres auteurs; mais on ne doit les employer que lorsqu'on n'a pas à craindre des congestions sanguines vers la tête. Les moyens qu'on peut appliquer immédiatement sur l'œil sont : les sangsues, qui sont utiles quand il y a turgescence des vaisseaux de cet organe et quand le sujet est pléthorique; l'électricité, qui a été employée avec succès par le docteur Hey (2), surtout dans les cas d'amaurose récente; le

(1) Par exemple, la préparation suivante :

Sulfate de mercure. . . . . gr. v.
Poudre d'asarum composée. . . . . gr. xxv.
Mêlez.

(2) *Medical obs. and inquiries*, *vol.* V, p. 26.

galvanisme et le magnétisme minéral, qui, de même que l'électricité, les douches et les bains à arrosoir, doivent être employés surtout dans les paralysies simples des nerfs de l'œil, mais toujours avec précaution. Tous ces moyens sont, au contraire, inutiles ou même dangereux chez les sujets pléthoriques, dans les cas où les vaisseaux sanguins de l'œil sont variqueux, lorsque les milieux transparens de l'organe de la vision ont de la tendance à éprouver des altérations de composition, et enfin chez les personnes amaurotiques affectées de céphalalgies périodiques.

Si le malade affecté d'amaurose voit beaucoup moins facilement le soir et dans l'obscurité que le matin à son réveil, sans éprouver cependant le phénomène de la photopsie; si l'iris n'est en même temps que peu ou pas mobile; s'il n'y a aucun indice de pléthore générale ou locale; si les parties internes de l'œil n'ont éprouvé aucune altération de composition, on peut faire sur les sourcils les frictions spiritueuses et volatiles qui ont été si fortement préconisées. On comprend dans cette catégorie : l'*esprit de vin d'anthosat* (*), l'*esprit de serpolet*, l'*esprit de corne de cerf*, l'*eau de la reine de Hongrie*, l'*eau de Cologne*, le *baume de vie d'Hoffmann*, l'*huile de romarin*, l'*huile de cajeput*, les *éthers*, la *teinture d'opium*, la *teinture de cantharides*, et l'*ammoniaque liquide* (1).

(*) Alcool à dix-huit degrés, distillé sur les sommités fleuries du romarin. (*N. d. Tr.*)

(1) Un moyen qui par son efficacité égale cette dernière substance, est la poudre de Laeyson, produit de l'industrie parisienne, que le charlatanisme des marchands fait passer, surtout ici en Saxe, pour un moyen universel contre la faiblesse des yeux, et dont l'usage est si considérable, que la consommation s'en élève tous les ans, dans ce seul pays, à la valeur de plusieurs milliers d'écus. Cette poudre est composée, à peu près, de parties égales d'ammoniaque et de chaux vive récente, d'un peu de charbon, d'oxide de fer et de canelle; ces trois dernières substances peuvent être omises comme n'étant pas très-essentielles. On peut toutefois conserver la canelle, ou y ajouter de la poudre de girofle ou des huiles éthérées d'une assez grande activité. Ce moyen réussit surtout dans les cas où il y a une véritable faiblesse et une diminution de la vue

Pour mettre l'œil en contact avec les vapeurs de ces médicamens, on en laisse tomber quelques gouttes dans les mains, que l'on frotte l'une contre l'autre, et on les place ensuite verticalement devant le globe oculaire. Du reste, on ne doit commencer que par les plus faibles de ces moyens, et ne passer que graduellement et avec précaution jusqu'aux autres plus actifs et plus volatils.

Il reste encore un champ très-vaste d'expériences à tenter sur l'emploi des différens gaz; cependant je me bornerai à faire remarquer qu'ils ne doivent jamais être altérés par des vapeurs sulfureuses, dont l'action sur les yeux est très-fâcheuse.

Après avoir parlé de l'amaurose en général, nous allons examiner les *différentes formes de cette maladie.*

En cherchant à rejeter toutes les divisions qui ont été établies par les auteurs, et qui ne se trouvent pas confirmées par l'expérience, je crois être utile aux praticiens en admettant avec Beer (1) les quatre espèces d'amaurose suivantes :

occasionée par l'affaiblissement des forces vitales de l'œil dans la vieillesse, et par un afflux moins considérable des fluides vers cet organe, état qui se manifeste par la presbyopie. Cependant son efficacité n'est pas supérieure à celle de l'ammoniaque liquide ou d'autres moyens externes que nous avons déjà indiqués, et qui agissent en augmentant l'activité des parties nerveuses de l'œil, et favorisent les mouvemens de nutrition et de dénutrition dans le globe oculaire. Pour faire usage de cette poudre, on agite la fiole hermétiquement fermée qui la contient, et on l'ouvre ensuite, pour permettre à la vapeur qui s'en exhale de monter à l'œil; on peut aussi ordonner aux malades de la flairer plusieurs fois par jour. La préparation de ce médicament étant facile et peu dispendieuse, il est possible de le donner à très-bas prix; il serait à désirer que cela fût connu de tout le monde, afin d'empêcher l'exportation de sommes considérables qui sortent annuellement de notre pays. Une fiole contenant deux à trois onces de cette poudre se vend de 5 à 10 fr.

(1) Quoique la division de Beer ne soit pas exempte de défauts, et soit inutile sous plus d'un rapport, elle mérite néanmoins des éloges sous le point de vue de l'utilité pour le diagnostic. Je passerai sous silence d'autres divisions, quelquefois ingénieuses, comme celle, par exemple, du professeur Kieser, parce qu'elles sont étrangères au but pratique de cet ouvrage, ou qu'elles sont ou trop empiriques ou trop incomplètes.

1° Une amaurose purement dynamique dont les signes caractéristiques ne sont perceptibles que pour le malade, sans qu'il y ait en même temps aucune altération dans la composition et la forme de l'œil; 2° une amaurose dans laquelle la composition de la substance organique paraît être altérée; 3° l'amaurose qui consiste dans une affection de la forme de l'œil en général, ou des parties qui entrent dans sa composition, et surtout de celles qui sont douées d'irritabilité; 4° enfin l'amaurose mixte, dans laquelle se trouvent réunis les signes des trois espèces que nous venons d'indiquer.

Dans la première espèce, l'amaurose purement dynamique, les parties nerveuses de l'œil sont immédiatement affectées dans leur vitalité, sans autre modification perceptible des tissus qui entrent dans la composition du globe oculaire; c'est pourquoi cette maladie se caractérise presque uniquement par des signes subjectifs. Cependant le médecin peut souvent remarquer que le regard est, comme on dit, faux ou louche, parce que le malade ne dirige plus vers les objets l'œil frappé de cécité. Si, dans ce cas, on s'oppose complètement à l'accès de la lumière dans celui des deux yeux qui est encore sain, la pupille de l'œil affecté d'amaurose, dont l'aspect n'offrait rien d'extraordinaire, se dilate aussitôt et l'iris reste immobile, lors même qu'on dirige sur cet œil la lumière la plus vive. Du reste on observe rarement l'amaurose dynamique, mais quand elle existe elle affecte le plus souvent les deux yeux à la fois. Lorsque cette amaurose dépend d'une exaltation de la sensibilité des parties nerveuses de l'œil, elle se manifeste tout autrement que dans les cas où cette propriété est au-dessous de l'état normal.

La première espèce, l'*amaurose par excès de sensibilité*, se développe assez rapidement; elle affecte de préférence les sujets robustes et pléthoriques, et se reconnaît aux signes suivans : dès le début le malade accuse une sensation de plénitude particulière dans l'œil, accompagnée de phénomènes lumineux très-marqués, sans intermission, et d'un affai-

blissement sensible de la vue; peu de temps après, survient une céphalalgie violente qui va toujours en augmentant d'intensité, et sous l'influence de laquelle la vue éprouve une diminution très-marquée, sans que l'on puisse observer rien d'irrégulier, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur de l'œil. Peu à peu la douleur devient ensuite plus vague, un voile épais semble se placer devant les yeux du malade, à qui il paraît être de couleur noire quand les yeux sont exposés à la lumière, et brillant comme le feu quand ils sont dans l'obscurité; tantôt il paraît rougeâtre, d'autres fois il semble être bleuâtre, et se montre beaucoup plus dense et plus épais pendant les momens où la tête est le siége de congestions sanguines; enfin la céphalalgie continuant avec une sensation telle qu'il semble au malade que son œil augmente de volume, toute perception de lumière finit par être abolie.

Les principales causes de cette amaurose sont des congestions sanguines vers la tête, certaines idiosyncrasies, les efforts long-temps continués de l'esprit et de l'organe de la vue, l'action de considérer des objets très-blancs et brillans.

Le pronostic de cette affection est variable : lorsque la faculté de voir n'est pas encore éteinte, et que le malade se soumet à toutes les conditions nécessaires pour sa guérison, on peut toujours porter un pronostic favorable, mais il n'en est pas de même quand la cécité est complète. C'est dans l'amaurose déterminée par l'idiosyncrasie du malade que le pronostic est le plus favorable, tandis qu'il est au contraire le plus fâcheux dans les cas d'amauroses qui sont occasionées par des efforts de la vue, et par les contensions trop fortes de l'esprit : cette espèce est même quelquefois un symptôme précurseur de l'aliénation mentale.

Traitement. Le traitement antiphlogistique est indiqué dès le début de la maladie. Si le malade offre les caractères auxquels on reconnaît une phléthore sanguine, s'il est sujet aux congestions vers la tête, on doit faire des saignées du pied; ou si les saignées générales n'étaient pas nécessaires, on de-

vrait faire des applications de sangsues vers l'œil, prescrire des pédiluves tièdes sinapisés, des sinapismes aux mollets, des lavemens apéritifs, des laxatifs, des boissons rafraîchissantes, et l'habitation dans un appartement entièrement privé de lumière. Si malgré tous ces soins la vue tarde à se rétablir, ou si cette fonction ne s'améliore qu'avec lenteur, il faut baigner fréquemment les yeux dans l'eau froide, en évitant néanmoins que la tête soit tenue trop inclinée en avant.

Lorsque la maladie dure depuis long-temps, que l'amaurose est plus complète, et que le traitement antiphlogistique n'est pas indiqué, ou que cette indication a déjà été remplie, les frictions et les vapeurs des substances volatiles que nous avons indiquées en parlant du traitement général de l'amaurose, doivent être mises en usage, en aidant leur action par l'application de vésicatoires au-dessus des sourcils. Si tous ces moyens ne produisent aucun effet, on facilite la guérison de la maladie en faisant suivre un régime tonique stimulant, et en administrant à l'intérieur des médicamens qui jouissent de propriétés analogues. Néanmoins on est forcé d'avoir recours aux moyens les plus énergiques, tels que l'électricité, le galvanisme, etc.

La seconde espèce d'amaurose dynamique, celle qui consiste en un *défaut de sensibilité du nerf optique*, se manifeste le plus souvent chez des sujets affaiblis; sa marche est toujours très-lente; elle est aussi accompagnée à son début d'illusions pendant lesquelles le malade croit apercevoir devant ses yeux un voile ou un brouillard (*visus reticulatus et nebulosus*); mais jamais ce voile et ce brouillard n'offrent un aspect brillant comme dans l'espèce précédente. L'action des *stimulus* sur l'économie produit une amélioration de la vue; ainsi on observe ce résultat à la suite de repas copieux, après l'usage d'un vin généreux, ou à la suite des impressions morales agréables, etc. La vue diminue, au contraire, quand la faiblesse du corps est augmentée par des agens jouissant de propriétés opposées à ceux-ci. Cette amaurose se manifeste

quelquefois sous forme d'*héméralopie*. La flamme des bougies, et le disque de la lune, paraissent à ces malades comme s'ils étaient enveloppés d'un brouillard ou d'une atmosphère très-étendue, diversement colorée. Du reste, les personnes affectées de cette maladie n'accusent aucune douleur dans l'œil, ni aucune céphalalgie; elle n'est pas même accompagnée d'un sentiment de plénitude ou de pesanteur dans l'œil. Cette espèce d'amaurose reconnaît pour cause une véritable débilité générale ou locale, assez considérable pour porter son action sur les nerfs de l'œil. Ces effets sont produits par des émotions morales vives, des évacuations considérables et continues de certains fluides, un long séjour dans les lieux obscurs, la faiblesse de l'âge, etc.; enfin cette cécité est quelquefois consécutive au typhus.

Le pronostic est en général plus fâcheux dans cette espèce que dans la précédente. On peut la regarder comme incurable chez les individus pauvres, qui manquent de moyens pour se procurer les soins convenables.

Le traitement doit naturellement consister dans l'emploi des stimulans, des toniques à l'extérieur et à l'intérieur, et dans un régime en harmonie avec l'action de ces médicamens. Il doit être le même que celui que nous avons conseillé en parlant de l'amaurose en général.

On doit ranger à côté de cette espèce d'amaurose celle qui est occasionée par l'onanisme, qui, indépendamment des signes indiqués, se caractérise encore par le regard inquiet et craintif, par la timidité et l'incertitude que l'on remarque non-seulement dans les yeux, mais encore dans toute l'habitude extérieure du malade. Dans un cas remarquable, dont le sujet était livré à l'onanisme depuis treize ans, l'usage du quinquina, et surtout des pilules de Richter, joint à la cessation de cette habitude funeste, produisit un effet tellement favorable, que la vue fut presque entièrement rétablie au bout de onze semaines.

La seconde espèce d'amaurose offre, suivant Beer, une seule variété.

L'œil de chat amaurotique. Tant que cette amaurose n'est pas complète, l'iris reste mobile, et la pupille est dans l'état normal. Mais quand le malade est tout-à-fait aveugle, l'iris est paresseux et la pupille dilatée. On voit au fond de l'œil se développer une opacité concave, d'un gris pâle, ou d'un blanc-jaunâtre, ou tirant sur le rougeâtre, qui est d'autant plus distincte que la cécité devient plus complète (1); l'iris pâlit dans la même proportion. En même temps la vue devient non-seulement de plus en plus faible, mais elle se *brouille*, dans le sens rigoureux de ce mot. Lorsque la vue est complètement anéantie, on peut remarquer sur la surface opaque qui se trouve derrière la pupille, un réseau vasculaire très-délié. Quand l'œil se trouve dans l'obscurité, et placé dans une certaine position, il répand une lueur jaunâtre ou rougeâtre qui lui a fait donner par Beer le nom d'*œil de chat.* Du reste, il est rare de trouver cette amaurose complète. On la rencontre le plus souvent chez des sujets âgés et maigres, quelquefois aussi chez des personnes jeunes, disposées à la phthisie, ou déjà affectées de cette maladie, chez des enfans qui sont dans un état d'émaciation, et à la suite des lésions violentes de l'œil.

Le défaut de pigment noir paraît être en partie la cause de cette amaurose; cependant cette supposition n'est pas encore démontrée par les autopsies cadavériques.

Le pronostic est le plus défavorable quand l'œil est affecté de cécité complète; mais ce qui est surtout heureux, c'est que le plus souvent la maladie se borne à une amblyopie.

On est encore à trouver un traitement efficace contre cette espèce d'amaurose. Beer a cherché à augmenter l'acte de la nutrition sans observer aucune amélioration ; tout ce qu'il a pu obtenir, c'est que la maladie restât dans un état stationnaire.

(1) Voyez pl. III, fig. 2.

La troisième espèce d'amaurose comprend trois variétés, dont *la première est le produit de l'usage immodéré des alimens ou des medicamens amers ou narcotiques, et de l'emploi abusif des préparations de plomb.* Les symptômes qui se manifestent au début de cette amaurose sont : une turgescence des vaisseaux sanguins de la conjonctive et de la sclérotique, un sentiment de plénitude dans l'œil, la dilatation et une roideur considérable de la pupille, mais sans que la couleur noire qu'on observe derrière cette ouverture soit troublée; un tremblement des membres, et la vue d'un brouillard comme velouté, dont il semble au malade que tous les objets sont enveloppés. Peu à peu ces signes augmentent d'intensité, la vue finit par être abolie, la pupille prend la forme de celle des animaux ruminans et offre une très-grande dilatation ; en même temps les mouvemens de l'œil et des paupières sont lents, ces dernières sont souvent bouffies, relâchées, et les muscles des membres et du dos sont pris de spasmes cloniques. Vers la fin les autres sens commencent aussi à être affectés. Lorsque la maladie succède à un empoisonnement par les préparations de plomb, on observe aussi, le plus souvent, les autres signes qui sont propres à cet empoisonnement, comme les coliques, l'iléus et les contractures des membres.

Le pronostic est favorable quand le malade n'est encore atteint que d'une amblyopie, et lorsque l'affection est récente. L'amblyopie la plus rebelle, suivant Beer, est celle qui est due à la belladone, au datura stramonium et aux préparations de plomb. Si le malade est depuis long-temps aveugle, et qu'il éprouve encore la sensation de lumière, le pronostic est également très-grave; si toute perception de lumière est éteinte, il est très-défavorable; enfin la vue est irrévocablement perdue quand la cécité dure depuis long-temps, et quand on peut apercevoir des altérations de composition des milieux transparens de l'œil.

Si le médecin est appelé au début de la maladie, et que l'affection soit pour le moment bornée à une amblyopie

amaurotique, il doit opposer un traitement antiphlogistique proportionné au degré de pléthore du sujet. De petites saignées, des applications de sangsues dans le voisinage des yeux, un régime antiphlogistique, l'usage des boissons acidules et l'emploi de cataplasmes de mie de pain et de vinaigre, etc., sont les moyens les plus utiles. Mais si la vue est abolie, que l'amaurose dure depuis long-temps, et qu'il n'existe du reste aucune indication du traitement antiphlogistique, ou si celui-ci a déjà été mis en usage, il convient d'administrer à l'intérieur le *camphre* associé aux *éthers*, et d'employer à l'extérieur les frictions et les vapeurs de médicamens stimulans volatils, dont nous avons déjà parlé plusieurs fois. Dans les cas d'empoisonnemens par les préparations saturnines, il faut aussi, outre le traitement topique, avoir recours aux autres moyens qui sont recommandés contre cette espèce d'accidens.

La seconde variété de la troisième espèce d'amaurose est celle qu'on observe comme *phénomène symptomatique de l'hypochondrie, de l'hystérie, de l'épilepsie et des convulsions.* Cette variété diffère chez les hypochondriaques et les hystériques de ce qu'elle est chez les épileptiques, et offre encore des variations chez les personnes affectées de convulsions. Dans l'amaurose symptomatique de l'hypochondrie et de l'hystérie on trouve, indépendamment des signes qui sont propres à ces maladies, (surtout si les sujets qui en sont atteints sont souvent affectés de spasmes toniques), que la pupille est très-dilatée, l'iris roide et faisant saillie en avant, le globe de l'œil immobile et faisant éprouver une sensation particulière de compression ; en même temps les paupières sont affectées de contractions spasmodiques, pendant lesquelles elles sont ouvertes ou fermées; la vue est faible, mais il est rare qu'elle soit tout-à-fait abolie. Lorsqu'au contraire les personnes hypochondriaques ou hystériques sont principalement sujettes à des spasmes cloniques, on trouve que la pupille est petite et l'iris dans un état intermédiaire à l'expansion et à la con-

traction (*hippus pupillæ*), on voit en même temps un clignotement des paupières (*nictitatio*), et même un mouvement involontaire de va-et-vient du globe oculaire (*nystagmus*). Chez les épileptiques, au contraire, indépendamment des signes de l'épilepsie et de la dilatation de la pupille, on observe un mouvement très-borné de l'iris, et des oscillations du globe oculaire qui continuent pendant le reste de la vie, même après que l'épilepsie et l'amaurose sont guéries. L'amaurose ou l'amblyopie amaurotique des individus affectés de convulsions, se rencontre surtout chez les enfans pendant le travail de la dentition. Cette variété se distingue des autres par le roulement convulsif du globe de l'œil, qui s'effectue surtout dans la direction de bas en haut, et par une dilatation extrêmement considérable de la pupille, et par l'immobilité de l'iris. Lorsque les convulsions générales sont passées et qu'il ne reste qu'une amblyopie amaurotique, on observe encore le strabisme des deux yeux et dans des directions différentes.

Dans ces trois variétés d'amaurose, la pupille est parfaitement noire, et le malade éprouve une céphalalgie sourde, qui se fait particulièrement sentir dans la région surcilière.

Le pronostic est déjà très-grave dans les cas de simple amblyopie amaurotique, mais il est beaucoup plus défavorable encore quand il est survenu une amaurose parfaite; la maladie est tout-à-fait incurable lorsque son apparition précède chaque fois des accès d'hypochondrie, d'épilepsie, et quand elle persiste toujours long-temps après qu'ils ont disparu.

Dans ces cas, on ne peut faire cesser l'amaurose, qu'en guérissant la maladie dont elle n'est qu'un symptôme; mais si elle persiste après que celle-ci a disparu, il faut employer empiriquement les toniques, les antispasmodiques et autres médicamens de cette nature.

Une autre variété de la troisième espèce d'amaurose est

l'amaurose symptomatique des obstructions des viscères abdominaux (*). Elle se distingue des autres variétés, non-seulement à la lenteur de son développement, qui dure souvent l'espace dix à vingt ans, à la dilatation de la pupille, qui est anguleuse et d'un noir pâle, à la convexité de l'iris dont les mouvemens sont lents à s'effectuer, à l'engorgement des vaisseaux sanguins de la conjonctive, et à la couleur rouge jaune, un peu sale de la sclérotique. Le malade, en même temps que sa vue va toujours décroissant, aperçoit tous les objets comme s'ils étaient enveloppés d'un brouillard épais, qui quelque temps avant que la cécité soit complète, semble être, tantôt noir comme de la poussière de charbon, tantôt d'un gris blanchâtre. Tous ces signes s'accompagnent le plus souvent du phénomène qu'on a nommé *vue interrompue* (*visus interruptus*); les lèvres sont violettes, le teint est jaunâtre et sale, le malade éprouve des maux de

(*) Il est extrêmement probable que M. le docteur Weller désigne ici par *obstructions* cet engorgement des ganglions lymphatiques du mésentère, qu'on observe si fréquemment chez les sujets affectés depuis long-temps d'entérite chronique, dont la constitution est molle, et qui offrent cet ensemble de phénomènes qui caractérise ce qu'on a appelé *tempérament lymphatique*. On sait très-bien en France, aujourd'hui, que lorsque les *obstructions* ne sont ni trop anciennes ni trop volumineuses, le traitement de l'entérite chronique, sous l'influence de laquelle elles se sont développées, est le seul qu'il convienne de leur opposer; mais que dans les cas où cet engorgement a pris un accroissement tel, que la nutrition ne peut plus s'effectuer, on doit renoncer à tout espoir de guérison, et que trop souvent cette perspective désespérante s'offre avant même que la maladie ait atteint ce degré extrême. L'exposition convenable du traitement de cette affection exigeant de plus amples détails que ne le comporte cette note, nous croyons ne pouvoir mieux faire que de renvoyer le lecteur au *Traité des phlegmasies chroniques*, ouvrage le plus remarquable qui ait été publié de nos jours, puisque de son apparition date le changement de direction des idées et des travaux en médecine. On peut encore consulter les *Nouveaux élémens de pathologie médico-chirurgicale*, par MM. Roche et Sanson, et l'article *entérite* du *Dictionnaire abrégé des sciences médicales*.

(*N. d. Tr.*)

tête sourds, ses digestions s'exécutent mal, enfin on observe les autres symptômes qui dénotent les obstructions.

Tout ce qui est susceptible de produire des obstructions des viscères abdominaux peut aussi devenir une cause occasionelle de cette maladie, surtout lorsque les yeux sont faibles depuis long-temps.

Le pronostic est presque toujours fâcheux dans ces cas, à cause de l'impossibilité où l'on se trouve de guérir toujours la maladie principale. Mais si l'on parvient à faire disparaître les obstructions par les moyens convenables, l'amaurose se dissipe d'elle-même; seulement il faut s'abstenir d'employer des moyens locaux, qui sont ici toujours plus nuisibles qu'utiles.

Une quatrième variété de la troisième espèce d'amaurose, est l'*amaurose gastrique sympathique*, que Beer n'a vu se terminer par la cécité complète que dans les cas où elle était accompagnée de la présence de vers dans le canal intestinal. Les principaux symptômes de cette amblyopie sont la dilatation de la pupille qui est alors un peu anguleuse, mais d'un beau noir; l'iris est peu mobile, et le malade est sujet à un larmoiement involontaire et fréquent : ces phénomènes sont accompagnés du *soda*, d'un sentiment de tension dans les hypochondres, d'éructations, d'oppressions au creux de l'estomac, etc. Si l'amaurose est due à la présence de vers dans le tube digestif, on voit facilement survenir, comme nous l'avons dit, une cécité complète; mais en même temps il se manifeste sur la sclérotique, tout autour de la cornée, une lueur bleuâtre qui, indépendamment des signes que nous avons indiqués comme caractéristiques de l'amblyopie gastrique sympathique, est le phénomène auquel on reconnaît sûrement l'amaurose occasionée par la présence des vers. On remarque en même temps un défaut de fixité du globe de l'œil, et le strabisme, qui se trouvent réunis aux autres signes indiquant la présence des vers.

Les acidités dans l'estomac, le défaut de digestion, et la

présence de vers dans le canal intestinal, constituent l'étiologie de cette maladie.

Le pronostic est très-favorable lorsque l'amaurose ne reconnaît pas d'autres causes ; mais si les malades sont, en outre, affectés de scrophules, d'arthritis, d'hypochondrie et d'obstructions, le pronostic est plus ou moins facheux ; souvent même la maladie est incurable, bien qu'elle soit encore bornée à une amblyopie.

Le traitement de cette amaurose est facile dès que les causes n'en sont pas compliquées. Ainsi, on corrige les acidités, on fortifie l'estomac, et on éloigne les vers ; on doit seulement éviter les vomissemens violens qui auraient pour effet d'augmenter les congestions sanguines vers la tête, qui ont déjà lieu sans cet accident. Le traitement local serait inutile et même nuisible.

Une cinquième variété de la troisième espèce est *l'amaurose succédant à la disparition des exanthèmes aigus.* Cette variété d'amaurose, qui peut être complète ou incomplète, se manifeste rapidement à la suite des suppressions de scarlatine, de rougeole ou de variole, au moment où s'effectue leur éruption. La pupille est claire, rétrécie, mais régulièrement conformée ; l'iris est immobile, et les vaisseaux sanguins de la conjonctive et de la sclérotique sont gorgés de sang.

Le pronostic n'est pas défavorable si l'amaurose est à son début, et que les secours convenables puissent être portés pendant l'époque de la durée naturelle de l'exanthème aigu. Mais lorsque le temps de cette période s'est déjà écoulé, et que l'amaurose est déja invétérée, il y a peu de succès à espérer.

Lorsque l'exanthème vient d'être supprimé, on doit chercher à le rappeler aussi promptement que possible, par l'emploi des bains chauds, par l'usage du camphre, etc. On a recours aux mêmes moyens quand on est appelé quelque temps après la manifestation de la cécité ; on emploie encore le calomel dans la variole, les antimoniaux dans la scar-

latine. Lorsque l'amaurose est invétérée, on joint aux moyens que nous venons d'indiquer les exutoires, les frictions avec la pommade stibiée ; et si les sujets sont débiles, on prescrit des toniques à l'intérieur.

Une sixième variété de la troisième espèce est l'*amaurose rhumatique*. Cette espèce n'est pas rare, mais elle reste ordinairement à cet état qui constitue l'amblyopie ; dans cette affection la pupille est parfaitement claire, et présente sa grandeur naturelle, l'iris est immobile, les yeux sont larmoyans sous l'influence de la cause la plus légère, et il y a toujours un degré plus ou moins considérable de photophobie ; en même temps le malade est tourmenté par des tiraillemens vagues dans l'intérieur de l'œil, la région oculaire, les dents ou le cou. On peut s'apercevoir que le regard est louche, et que souvent l'œil est dirigé obliquement. Cette amaurose est presque toujours accompagnée d'une atonie considérable du muscle élévateur de la paupière supérieure.

La principale cause de cette maladie est due au refroidissement subit et prolongé de la tête, pendant que cette partie était en sueur, chez un sujet disposé aux affections rhumatismales.

On peut espérer la guérison quand l'amaurose n'est pas complète, lorsque l'amblyopie est récente, que le malade n'est pas sujet aux affections arthritiques, et qu'il peut se soigner convenablement. Mais dans les cas contraires, l'amaurose rhumatique dégénère facilement en une amaurose arthritique dont le pronostic est alors très-défavorable.

Si le médecin est appelé peu de temps après l'invasion de la maladie, il doit souvent débuter par une saignée, avant de passer au traitement diaphorétique. Il doit aussi prescrire des bains tièdes, l'usage des chemises de flanelle, et faire prendre à l'intérieur des mixtes légèrement sudorifiques d'abord, auxquelles on ajoute une certaine proportion d'infusion de séné composée ; plus tard il ordonne le souffre doré d'antimoine, le camphre seul ou combiné avec l'extrait de gaïac,

dont il fait alterner l'usage avec la poudre de Dower; et enfin lorsque les douleurs du globe de l'œil et des parties environnantes ont un peu diminué, il convient de faire prendre l'extrait d'aconit, avec les antimoniaux et le soufre purifié. On obtient souvent aussi de bons résultats du pétrole rectifié, administré à la dose de cinq gouttes toutes les deux heures, sur du sucre, et de l'usage de pilules composées de résine de gaïac, de sulfure de potasse et de camphre. On applique à l'extérieur des vésicatoires, tantôt derrière l'oreille, tantôt à la tempe, ou au-dessus des sourcils; mais si la douleur rhumatique, abandonnant tout-à-fait la région surcilière, se concentre sur les yeux eux-mêmes, on fait des frictions sur les sourcils avec un liniment volatil, auquel on ajoute d'abord de l'opium, et ensuite de l'extrait de jusquiame. Lorsque la douleur est assez complètement dissipée, mais que l'amblyopie amaurotique persiste encore, les frictions avec les éthers, la teinture de cantharides et la teinture d'opium sont très-efficaces. Si la douleur a disparu depuis long-temps, et que la vue ne soit pas entièrement rétablie, c'est alors le cas d'employer avec précaution l'électricité, surtout s'il y a en même temps atonie, ou même paralysie du muscle élévateur de la paupière supérieure. On peut aussi faire usage, avec avantage, du cautère de Schmidt, qui a été indiqué dans les cas de *blépharoplégie*, ou des moxas que l'on brûle sur le front ou sur les tempes.

Une septième variété de la troisième espèce, est l'*amaurose succédant à la suppression d'un coryza, sans collection perceptible de mucosités dans les sinus frontaux.* Indépendamment de la roideur, de la dilatation, et de la transparence de la pupille, cette ouverture offre cela de particulier, que le bord pupillaire de l'iris forme un angle vers la région temporale, et qu'en général la pupille est plus rapprochée de l'angle externe de l'œil que de l'interne. On remarque communément, en même temps, un état de sécheresse des fosses nasales et des yeux, une sensation de plénitude dans le globe de l'œil, de la cé-

phalalgie, et un sentiment de compression à la racine du nez.

Cette amaurose, qui ne se termine jamais par une cécité complète, peut être parfaitement guérie si on réussit à provoquer dans le nez un flux muqueux considérable. Ainsi on fait pénétrer à cet effet des vapeurs émollientes dans les narines, plus tard on y introduit une dissolution de manne, ensuite de légers sternutatoires unis au calomel, et enfin de l'ellébore ou de la vapeur d'ammoniaque.

L'*amaurose purement paratytique* est une huitième variété de la troisième espèce. Elle est assez fréquente, survient rapidement et s'accompagne de rétrécissement de la pupille. Cependant cette ouverture reste claire, l'iris est immobile, et on observe constamment la paralysie de l'un ou de plusieurs des muscles de l'œil. La vue est souvent tout-à-fait abolie; quelquefois même il n'existe pas la plus légère perception de la lumière. Lorsque tous les muscles du globe oculaire sont frappés à la fois de paralysie, l'œil, ayant un aspect comme cadavéreux, semble tomber hors de l'orbite. C'est cet état que l'on a nommé *ophthalmoptosis paralytica* (1). Cette amaurose peut

(1) L'*ophthalmoptosis* exprime toujours une véritable chute du globe de l'œil hors de l'orbite, accident qui peut provenir, soit d'une paralysie, comme dans l'affection dont nous parlons, soit d'une rupture de plusieurs muscles de l'œil, sans qu'il soit nécessaire que le bulbe oculaire soit tuméfié ou lésé. L'*ophthalmoptosis* ne doit pas être confondu avec l'*exophthalmie*, comme cela a lieu communément; car cette dernière dénomination n'est applicable (malgré tout ce qu'on a pu dire tout récemment encore) qu'à la propulsion du globe de l'œil au-delà de ses limites ordinaires, déterminée par une inflammation aigüe ou chronique, ou par tout autre ampliation morbide de cet organe. Il faut de même distinguer l'*exophthalmie* d'avec les deux états précédens, car on donne ce nom à la position anormale du bulbe hors de l'orbite, d'où il a été chassé par des excroissances, des exostoses, des tumeurs enkystées, sarcomateuses et autres qui se développent dans l'orbite ou hors de cette cavité, sans qu'il soit nécessaire que cet organe ait éprouvé des altérations dans sa structure. Un cas d'*exophthalmie* très-remarquable, presque unique dans son genre et qui fut occasioné par une tumeur développée hors de l'orbite, se trouve rapporté dans le *Journal de médecine*, etc., t. XXXIV, p. 293, 1815. Voici en peu de mots en quoi il consiste : Une femme portait sur le pa-

être la suite de commotions éprouvées par le globe oculaire, par les parties voisines, l'encéphale et le cordon rachidien. Souvent il n'est cependant qu'un phénomène symptomatique d'une apoplexie.

La guérison n'est possible que dans les cas où la maladie dépend d'une commotion de l'œil et des parties voisines, sans déplacement ni rupture de quelqu'une de celles qui entrent dans la composition de cet organe.

Lorsqu'elle survient dans les apoplexies, dans les violentes commotions de l'encéphale et de la moelle épinière, on doit s'attendre à voir la mort en être la suite.

L'emploi à l'intérieur et à l'extérieur des nervins, que nous avons indiqués en parlant de la thérapeutique de l'amaurose en général, n'est pas sans utilité dans l'amaurose paralytique.

Une neuvième variété est l'*amaurose symptomatique de l'hydrocéphale.* Celle-ci, qui affecte toujours les deux yeux à la fois, est plus fréquente dans l'hydrocéphale interne surtout dans l'hydropisie du cerveau, que dans l'hydrocéphale externe ou dans le *spina bifida*. L'iris est alors immobile; la pupille dilatée, mais d'un noir naturel, forme quelquefois çà et là des angles à peine sensibles, et la sclérotique présente une teinte bleuâtre tout autour de la cornée. Les muscles de l'œil montrent peu de mobilité et font éprouver à cet organe des oscillations en différentes directions, mais jamais dans celle des muscles droits. On observe en même temps tous les autres signes de la maladie principale (1).

riétal gauche une tumeur qui augmentait de plus en plus, au point qu'elle finit par descendre, en forme de massue, juqu'au genou. Par suite de l'extension extraordinaire de la peau, l'œil avait été éloigné de l'orbite, conjointement avec la paupière, jusqu'à la distance de cinq pouces; malgré cette distension surprenante du nerf optique, la malade ponvait distinguer la nuit d'avec le jour, et elle assurait avoir très-bien vu de cet œil quelque temps auparavant. Les tissus de cet organe n'avaient du reste éprouvé aucune altération sensible.

(1) J'ai vu deux fois, chez des femmes d'un âge moyen affectées d'une hydrothorax complètement formée, une amblyopie amaurotique symp-

La guérison de cette cécité symptomatique est tout-à-fait subordonnée à celle de la maladie principale. On ne doit donc s'occuper que du traitement de cette dernière.

La quatrième espèce d'amaurose contient, d'après Beer, les variétés suivantes :

La première est l'*amaurose traumatique* dont nous avons déjà parlé en traitant des plaies de la région oculaire.

La seconde est l'*amaurose arthritique*. Cette variété, qui ne s'établit le plus souvent qu'au bout de plusieurs années et affecte principalement les femmes qui ont les yeux noirs ou brun-foncé, se reconnaît aux signes suivans : le malade voit d'abord un brouillard noir ou gris-blanchâtre : il croit apercevoir certaines nuances colorées; il éprouve des tiraillemens vagues plus ou moins violens dans le voisinage de l'œil, dans cet organe lui-même, dans toute la tête; ces tiraillemens sont quelquefois accompagnés d'un sentiment de formication dans la peau qui avoisine l'œil. La douleur augmente lorsque le temps est froid et humide, ou quand le malade se couche sur un lit ou seulement sur un oreiller de plumes; cette augmentation de la douleur survient aussi par l'usage d'alimens indigestes et à la suite d'affections morales violentes; elle est adoucie ou se dissipe tout-à-fait pendant quelque temps, lorsqu'il se trouve soumis à des influences dont l'action est contraire à celles-là. L'iris est entièrement ou presque entièrement immobile, sa couleur naturelle est plus foncée. La pupille est dilatée et éprouve un déplacement tel, vers les angles de l'œil, qu'elle représente la forme des pu-

tomatique développée à un très-haut degré, et dont les signes objectifs étaient la dilatation et la roideur de la pupille qui était parfaitement claire, la paresse et la pesanteur du globe de l'œil et des paupières qui étaient plus ou moins gonflées, un aspect particulier et comme vitré de l'œil, ainsi qu'une couleur brune très-sale de l'iris, qui précédemment avait été d'un brun clair. La vue devenait meilleure à chaque amendement de la maladie principale, quoique les malades aperçussent presque constamment tous les objets enveloppés d'un voile noir.

pilles des animaux ruminans (1); du reste sa couleur est d'un noir pâle et mat ou d'un gris-verdâtre, et annonce, dans ce dernier cas, un glaucôme dont le développement va croissant de plus en plus après chaque accès de douleur. Indépendamment des symptômes que nous venons d'indiquer, on trouve toujours un état variqueux des vaisseaux sanguins de l'œil, et outre l'opacité du corps vitré, le crystallin perd aussi souvent sa transparence (*cataracta glaucomatosa*); dans ces cas, on doit ordinairement s'attendre à une atrophie du globe de l'œil.

Cette amaurose survient facilement chez les sujets qui, étant doués d'une disposition arthritique, se livrent à des excès du corps ou de l'esprit, et dont les yeux sont déjà malades indépendamment de cette cause. Elle est surtout à redouter pour les femmes après la cessation de leurs règles.

Le pronostic de cette maladie est fâcheux, bien qu'elle suive une marche lente. Lors même que le médecin est appelé dès le début, il réussit rarement à en arrêter la marche, et bien moins encore à la guérir, parce qu'il est impossible d'éloigner les causes sous l'influence desquelles elle s'est développée. Cependant lorsqu'un seul œil est affecté, on est quelquefois assez heureux pour sauver l'autre, en combattant l'arthritis, et en modifiant la manière de vivre qui jusqu'alors avait été vicieuse.

Il importe beaucoup dans le traitement de cette amaurose, d'insister sur un régime convenable et réglé du corps et de l'esprit. On doit s'efforcer d'entretenir le malade en bonne humeur; il doit éviter avec soin tout ce qui pourrait exciter chez lui un mouvement de crainte, de frayeur, de colère; il doit soigneusement éviter de se refroidir, et de troubler les fonctions de l'estomac; il doit fuir tout air impur, s'abstenir de coucher sur des oreillers ou des lits de plume, auxquels on doit substituer des oreillers ou des traversins de crin; il doit habiter un lieu sec, sain et propre. En même

(1) Voyez pl. III, fig. 3.

temps on doit chercher à calmer les douleurs par les moyens que nous indiquerons à l'article *iritis arthritique;* et on doit employer avec précaution les médicamens anti-arthritiques, et principalement ceux qui jouissent de plus d'énergie. On ne doit pas négliger les révulsifs, tels que les vésicatoires, les sinapismes, les sétons, les frictions avec la pommade stibiée (1).

Une troisième variété de la quatrième espèce est l'*amaurose qui survient à la suite de la suppression ou de la guérison subite d'éruptions au cuir chevelu, d'ulcères invétérés aux jambes, et de la gale, après la coupe de la plique polonaise*, etc. Les symptômes de cette amaurose sont les mêmes que ceux de l'amaurose arthritique; la seule différence qu'il y ait entre elles, c'est que celle qui nous occupe se développe beaucoup plus vite que l'autre, et n'est jamais accompagnée, dès le début, de douleurs violentes dans l'œil et dans la tête. Le pronostic en est favorable, tant que la cécité n'est pas complète et ancienne, et tant qu'on n'aperçoit pas d'altération sensible dans la composition de quelqu'une des parties du globe de l'œil.

Pour guérir cette amaurose, il faut s'attacher à rappeler les exanthèmes, à renouveler les ulcères supprimés; ainsi on inocule la gale, on applique des vésicatoires sur la tête après l'avoir rasée, si la maladie est survenue après qu'on a inconsidérément coupé les cheveux dans un cas de plique polonaise; on provoque, selon les circonstances, des éruptions et des ulcérations artificielles, au moyen de la pommade stibiée, etc.; on applique des sinapismes aux pieds, lorsque l'amaurose dépend de la guérison subite d'ulcères aux jambes; on fait prendre des pédiluves sinapisés, on établit, souvent avec succès, des exutoires, etc. Indépendamment de ces moyens externes, l'usage intérieur des médicamens diaphorétiques, tels qu'une mixture composée de soufre doré d'antimoine, de fleurs de soufre et de camphre, que l'on

(1) Voyez, pour plus de détails, l'article *glaucôme*, p. 346.

combine avec des toniques si le sujet est faible, est souvent suivi de succès, surtout si on joint à ces moyens l'emploi des bains sulfureux.

Beer établit comme quatrième variété de la quatrième espèce, *celle qui survient immédiatement après une colère concentrée, et qui n'a pu être exprimée librement.* Cette forme que l'on observe chez des sujets cholériques, dont les yeux sont foncés, se caractérise par une dilatation de la pupille, qui ne présente pas d'angles notables, par une immobilité parfaite de l'iris, et par la présence d'un réseau épais de vaisseaux sanguins sur la conjonctive. Il se développe souvent en même temps un ictère, dont la couleur se communique parfois même à la sclérotique et à l'humeur aqueuse. Cette cécité est fréquemment accompagnée de phénomènes paralytiques des muscles de la face.

Le pronostic est incertain, surtout si le trouble de la vue dure déjà depuis plusieurs jours ou plusieurs semaines.

Quand ils étaient appelés immédiatement après l'invasion de la maladie, Richter, Beer, etc., employaient avec soin, les vomitifs(1), dont l'administration était cependant inutile quand la maladie existait déjà depuis quelque temps; l'usage prolongé du camphre, de l'arnica et d'autres moyens analogues, joint à l'application des bains sulfureux, a souvent réussi a rétablir la vue dans ces circonstances.

Une cinquième variété de la quatrième espèce est l'*amaurose succédant à la suppression d'un coryza, et s'accompagnant d'une collection de mucus et de pus dans les sinus frontaux.* Une oppression et une douleur inflammatoire circonscrite se font sentir à la racine du nez, et dans la région des sinus frontaux; en même temps la pupille se rétrécit, mais reste arrondie; sa couleur noire perd de son brillant et pâlit; l'iris devient roide, et la vue diminue d'un côté ou de tous les deux

(1) Lorsque les sujets sont pléthoriques ou qu'on a la plus légère crainte de congestions sanguines vers la tête, on ne doit pas négliger de faire précéder d'une saignée l'administration de l'émétique.

à la fois. L'œil affecté se trouve déplacé hors de son axe visuel, d'où il résulte que le malade aperçoit les objets doubles. A ces symptômes se joint un certain degré d'atonie de la paupière supérieure, une sécheresse des fosses nasales, et une sensation analogue à celle que produirait l'introduction de la poussière dans leur cavité; cette sensation s'accompagne d'éternuemens fréquens, et de l'apparition subite de figures lumineuses et effrayantes. Enfin, la diminution de la vue va en augmentant, les figures fantastiques continuent à apparaître, l'organe malade est chassé en bas et en dehors, tandis que les douleurs deviennent vagues, mais plus intenses. Vers la fin de la maladie, la paroi antérieure des sinus frontaux est même poussée en avant.

Il est possible de guérir cette forme d'amaurose, lorsque l'affection est bornée à l'amblyopie, et que le malade n'a pas encore aperçu de figures difformes; mais tous les efforts sont le plus souvent inutiles dans le cas contraire, et lorsque l'œil se trouve poussé hors de l'orbite par le développement des parois des sinus frontaux.

Si les douleurs ressenties au dessus du nez sont très-violentes, on applique des sangsues; s'il existe une fièvre inflammatoire, on déploie tout l'appareil antiphlogistique; et dans tous les cas, ce n'est qu'après la diminution des douleurs que l'on a recours aux sternutatoires, indiqués dans la septième variété de la troisième espèce, dont il faut alors seconder l'emploi par des vésicatoires appliqués sur la région surcilière, par des frictions stimulantes volatiles, et par l'usage intérieur de l'arnica, du camphre uni au gaïac. Si ces moyens ne produisent par leur effet, que le globe de l'œil soit toujours repoussé en dehors, et que la paroi antérieure des sinus frontaux continue à se distendre, il faut appliquer une couronne de trépan sur ce point, évacuer les mucosités ou le pus, et traiter ensuite la plaie qui en résulte selon les règles de la chirurgie.

On a aussi vu, mais seulement dans des cas extrêmement

rares, survenir une amaurose à la suite d'une *suppression brusque de la sécrétion du lait chez les femmes en couche ;* c'est la sixième variété de la quatrième espèce, elle présente les signes suivans : après la suppression du lait il se manifeste tout à coup une douleur atroce dans la région frontale et surcilière, la pupille est peu dilatée, l'iris est roide, tuméfié et sa couleur est altérée. La malade est affectée de photopsie et d'une photophobie portée à l'excès. Les milieux transparens de l'œil se troublent un peu , les vaisseaux sanguins de la conjonctive sont gorgés, et l'amblyopie finit par dégénérer tout à coup en une amaurose complète. Les mamelles, qui peu de temps auparavant étaient encore gonflées par le lait, sont alors vides, flasques, pendantes, mais absolument sans douleur.

Le pronostic est incertain et tout-à-fait défavorable si les milieux de l'œil ont perdu de leur transparence.

C'est dans cette circonstance que se trouvent indiqués tous les moyens propres à rappeler la sécrétion du lait. On applique par conséquent sur les mamelles des cataplasmes chauds, composés de mie pain blanc avec du lait, ou de farine de graine de lin, avec la ciguë, la jusquiame, etc. Plus tard, ces plantes doivent être remplacées par d'autres plus excitantes; la nuit, on recouvre les seins avec des sachets d'herbes aromatiques chauds, ou avec des flanelles pliées en plusieurs doubles, que l'on imprègne de fumée de succin, de mastic, d'oliban, etc. Enfin, on ne doit pas négliger de faire donner à tetter à l'enfant ou à un jeune chien , ou d'employer des moyens de succion artificiels. Si tout ceci ne réussit pas et que la vue n'éprouve aucune amélioration, que la sécrétion du lait soit rétablie ou non , on doit essayer à l'intérieur l'arnica avec le calomel et le camphre, en même temps que l'on a recours aux révulsifs, à l'écorce de bois gentil, aux vésicatoires, aux cautères, etc.

Il y a enfin une septième variété de la quatrième espèce, qui provient de *vices organiques ayant leur siége, soit dans le nerf*

optique, soit dans le cerveau ou dans les os du crâne. Le célèbre Beer est parvenu à trouver des symptômes à l'aide desquels on peut établir le diagnostic des altérations organiques auxquelles est liée cette amaurose. On reconnaît celle qui dépend de vices organiques *du nerf optique*, aux phénomènes suivans :

Le malade aperçoit un brouillard de plus en plus épais, en même temps que les objets lui apparaissent difformes; il éprouve une pression légère et sourde dans le fond de l'orbite, il lui semble que le globe de l'œil est poussé hors de cette cavité, tandis qu'il n'en existe pas le moindre signe évident pour l'observateur; l'iris est absolument roide, la pupille très-dilatée et anguleuse, en sorte qu'elle représente quelquefois un pentagone ou un hexagone irrégulier. Enfin on voit se développer lentement un glaucôme, sans qu'il y ait un état variqueux de l'œil, et peu à peu il survient une cataracte glaucomateuse; après quoi le globe oculaire diminue un peu de volume, sans cependant éprouver une véritable atrophie. Du reste le développement de cette amaurose s'opère lentement et n'arrive ordinairement que dans un œil; elle affecte le plus souvent des sujets maigres, qui portent encore les traces de la maladie scrophuleuse.

L'amaurose qui est déterminée par des vices organiques de l'encéphale ou des os du crâne se manifeste, suivant Beer, chez des sujets qui ont été rhachitiques dans leur jeune âge, et qui par la suite ont été affectés de la syphilis : elle survient communément dans les deux yeux à la fois, se développe lentement et avec cette altération de la vue dans laquelle les objets paraissent difformes ou déplacés (*visus defiguratus* seu *metamorphosopsia*); mais au lieu d'un brouillard noirâtre le malade aperçoit les corps comme nébuleux et d'une manière très-peu distincte, il éprouve des vertiges et des apparitions lumineuses effrayantes, l'iris se meut avec vivacité, la pupille est rétrécie comme celle des chats, les yeux et les paupières sont agités de mouvemens convulsifs, et il y a un double

strabisme. On remarque en même temps une turgescence considérable des vaisseaux sanguins de l'œil, qui, sous l'influence des douleurs les plus violentes, dégénère en une *cirsophthalmie* ou état variqueux général de cet organe. Lorsqu'enfin la cécité est complète, la céphalalgie qui éprouve des rémissions très-marquées, finit souvent par augmenter considérablement; l'audition, l'olfaction et le goût se perdent, la mémoire et les autres facultés intellectuelles sont abolies. Il arrive fréquemment alors que le bulbe oculaire est chassé hors de l'orbite, sous l'influence d'un accès de fureur et de phénomènes de paralysie. Les causes de ces deux variétés sont : un amaigrissement du nerf optique, des endurcissemens et des adhérences de ce nerf avec sa gaîne, des indurations du corps strié, la présence d'hydatides entre la gaîne du nerf optique, l'absence de l'un des plexus choroïdes, la carie et les exostoses des os du crâne, une consistance très-molle du cerveau, etc.

Le pronostic est extrêmement fâcheux. Si cependant une dyscrasie bien déterminée était la cause des exostoses ou des autres vices organiques, on pourrait, si le malade avait encore assez de force, essayer un traitement approprié à la diathèse.

ANOMALIES DE LA VUE.

Les anomalies de la vue qui ont déjà été énumérées parmi les signes subjectifs de l'amaurose, tels que la *myopie*, la *presbyopie*, le *strabisme*, etc., ne sont pas toujours des symptômes d'amaurose ou d'autres maladies ; quelques-unes sont aussi dans certains cas des affections idiopathiques ; c'est pourquoi nous devons nous occuper de chacune d'elles en particulier.

STRABISME.

Strabismus (Στραβισμὸς, de Στραβίζω, être louche), *strabositas.*

On désigne ainsi cet état morbide dans lequel un œil ou tous les deux sont en même temps déviés de l'axe visuel, quand le malade veut regarder un objet, sans que pour cela ils cessent de pouvoir être dirigés isolément, et à volonté dans tous les sens. Au début de cette affection, le malade voit ordinairement double, parce que s'il ne louche que d'un œil, il ne fixe pas, avec cet organe déplacé de l'axe visuel, le même point sur lequel se dirige l'œil sain. Si les deux yeux sont déviés de l'axe visuel, chaque œil voit également des points particuliers de l'objet; cette diplopie se dissipe enfin lorsque la maladie a duré quelque temps. On peut admettre, en général, quatre espèces de strabisme : 1° celui où les axes visuels des deux yeux se rapprochent trop l'un de l'autre, (*strabismus convergens*), qui est le plus souvent accompagné de myopie; 2° celui dans lequel ils s'éloignent trop l'un de l'autre (*strabismus divergens*); 3° le strabisme d'inégale hauteur, dans lequel un œil est dirigé en haut, et l'autre en bas (*strabismus horrendus*); 4° enfin, celui dans lequel les deux yeux sont tournés directement en haut, et que l'on désigne en allemand sous le nom d'Uebersichtigkeit (*vision vers le haut*), terme que l'on pourrait rendre par les mots *strabismus sursùm vergens* ou *sursùmversio oculorum.* Cette espèce de strabisme résulte le plus souvent de ce que les enfans, étant couchés sur le dos, contemplent fréquemment et pendant long-temps des objets situés au-dessus et derrière leur tête; lorsqu'ils considèrent ainsi habituellement le disque du balancier d'une pendule qui se meut derrière et au-dessus d'eux, ils sont quelquefois affectés d'un *stabismus sursùm vergens* accompagné d'un mouvement continu de va-et-vient du globe

de l'œil vers les deux commissures des paupières, (*mystagmus bulbi.*)

Les causes du strabisme sont variées. Souvent cette affection est symptomatique, comme dans l'épilepsie, les maladies vermineuses, la catalepsie, l'hydrocéphale, l'apoplexie, l'hémiplégie, etc. Elle est endémique dans quelques parties de l'Asie; quelquefois elle tient à l'imitation; souvent elle est produite par la mauvaise habitude qu'ont les domestiques spécialement chargés du soin des enfans de leur tenir les joujoux trop rapprochés des yeux. Le *strabisme divergent* est quelquefois déterminé par l'habitude qu'ont les enfans de considérer à la fois deux objets éloignés qui les intéressent également, ce qui leur est assez facile, vu la grande mobilité de leurs yeux. Cette dernière disposition chez les nouveau-nés, et l'incertitude avec laquelle ils saisissent tous les objets déterminent un strabisme qui déjà avait été observé par Petit, et qui existe, chez tous les nouveau-nés, à un degré plus ou moins considérable. Quelquefois le strabisme provient de ce qu'un œil a un foyer plus grand que l'autre, c'est pourquoi les foyers des deux yeux ne correspondant pas au point le plus convenable, l'un de ces organes commence à osciller d'une manière incertaine. Lors même que, dans ces cas, la fonction nerveuse des deux yeux est dans toute son intégrité, la force de l'œil qui louche diminuera néanmoins de plus en plus, parce qu'il cesse de fixer convenablement les objets, d'où il doit s'ensuivre un affaiblissement de la fonction du nerf optique. Cet accident est fréquent chez les myopes lorsque les foyers de leurs deux yeux sont à une distance très-différente; ils font quelquefois naître cette incommodité en faisant usage de lorgnettes simples, et en regardant toujours avec le même œil; dans ces cas, celui de ces organes qui est le plus exercé est aussi le meilleur. Cet objet offre un champ très-vaste de recherches que je me propose de parcourir dans une occasion plus favorable; je dirai seulement que nous apprenons à connaître par là une espèce d'amaurose ou d'amblyopie amau-

rotique très-fréquente, qui, lorsqu'elle n'est pas tout-à-fait invétérée, et qu'elle est reconnue à temps, peut le plus souvent être guérie sous certaines conditions.

Le *pronostic* est naturellement très-varié, et se trouve le plus souvent subordonné aux causes de la maladie : lorsque ces dernières ne peuvent être éloignées, il faut renoncer à l'espoir d'une véritable guérison; elle est en effet d'autant plus difficile à obtenir que le strabisme est plus considérable, qu'il a duré plus long-temps, et que le malade est plus avancé en âge. On le guérit plus facilement chez les enfans, beaucoup plus rarement chez les adultes; quelquefois cependant il disparaît sans l'intervention de l'art, à mesure que le corps acquiert du développement, tandis qu'on ne doit presque jamais espérer une guérison spontanée dans un âge avancé.

Le traitement doit être réglé sur les causes qui ont produit cette difformité. Si le strabisme est une affection symptomatique, il faut donc s'attacher à guérir la maladie principale. S'il est le résultat des habitudes que nous avons dit être si communes chez les enfans, il faut chercher à y remédier. Si donc les enfans ont été affectés de strabisme parce qu'ils auront continuellement fixé les yeux sur des objets placés de côté, il faut les habituer peu à peu à regarder certains corps situés directement au devant d'eux; seulement il est important qu'ils ne soient pas trop rapprochés de leurs yeux (1). Lorsque les deux yeux se dirigent en haut et en dehors, c'est-à-dire vers les angles externes, on recommande de coller une petite mouche de taffetas gommé sur l'extrémité du nez, afin de présenter ainsi aux yeux des enfans un point fixe qui les invite à y diriger souvent leurs regards. Cependant l'expérience m'a appris qu'ils négligent presque toujours de diriger les yeux vers cette mouche, et que l'on n'obtient aucune amélioration après l'avoir laissée séjourner pendant six mois et davantage. J'ai trouvé dans ce cas un expédient plus

(1) Voyez Fischer's *Théorie des Schielens.* (*Théorie du strabisme.*)

efficace et assez prompt, qui m'a réussi dans deux circonstances. Je fais confectionner avec du carton une espèce d'entonnoir court, à base ovale, pouvant contenir le nez et recouvrir les deux yeux; dans la région correspondant au dessus de l'extrémité du nez on ménage une ouverture ayant près d'un pouce de largeur, par laquelle le malade est obligé de regarder lorsque cette espèce d'entonnoir est bien fixée à sa tête. Quand il y est plus habitué, on peut même le faire lire peu à peu à travers l'ouverture de cet appareil. Par ce moyen les enfans sont forcés, s'ils veulent y voir, de diriger les yeux plus en dedans et même plus bas. Il faut encore pour obtenir ce succès, empêcher que les enfans ne regardent les objets d'un seul œil, comme ils ont quelquefois de la tendance à le faire. Pour remédier au *strabisme convergent*, il est bon de faire porter aux enfans une visière verte de grande dimension. Lorsque ce sont de petites filles qui louchent, on met leur vanité en jeu, et on leur présente un miroir dans le but de les engager à faire tous leurs efforts pour se corriger d'une habitude qui les enlaidirait. Ce que nous avons dit jusqu'ici ne s'applique le plus souvent qu'à un léger degré de cette affection chez de petits enfans, et aux cas dans lesquels les deux yeux louchent à la fois.

Bien que Buffon (1) ait eu tort de soutenir qu'il n'y a jamais qu'un œil qui puisse être affecté de strabisme (puisqu'il y a réellement des cas dans lesquels les deux yeux, ayant été affectés de la même maladie, louchent véritablement à la fois, et sont par conséquent hors de leur direction normale), il en est pourtant ainsi dans la plupart des cas, et on peut admettre comme un fait presque constant, que le strabisme est occasioné par la force inégale des deux yeux, ou au moins que cette inégalité vient plus tard s'y joindre et entretenir la position vicieuse du globe de l'œil. Si ce que nous venons de dire est vrai, le principal moyen de traitement doit consister

(1) *Mémoires de l'Académie des sciences de Paris*, année 1743.

à renforcer l'œil le plus faible ; on obtient le plus souvent ce résultat en l'exerçant plus que l'autre ; et en effet le plus grand nombre des guérisons sont dues à cette manière de procéder. Du reste il est inutile de répéter que si le strabisme est symptomatique, il faut, avant tout, guérir la maladie principale. Lorsqu'un seul œil est affecté de strabisme, il reprend pour l'ordinaire momentanément la bonne direction, quand on applique un bandage sur l'œil sain. Ce moyen est donc l'un des principaux pour le traitement du strabisme. Bien que l'emploi de ce bandage entraîne avec lui de grandes incommodités, cependant le grand avantage qu'on en retire l'emporte de beaucoup sur elles. On ne doit néanmoins espérer de succès que dans les cas où la maladie qui a occasioné le strabisme a déjà cessé d'exercer son influence, quand le strabisme n'existe pas depuis long-temps, et enfin lorsque la faiblesse de l'œil affecté n'est pas très-considérable. On a surtout beaucoup de chances de succès lorsque le strabisme n'est pas congénial et qu'il peut être combattu pendant la durée du jeune âge. Il suffit de tenir l'œil sain recouvert d'un bandage pendant une demi-heure ou une heure par jour, pour être à même de juger de la force de l'autre œil et de la possibilité de rétablir la régularité de ses mouvemens. A l'instant où l'on s'oppose à l'accès de la lumière dans l'œil sain, celui du côté opposé commence par apercevoir une image confuse des objets ; mais au bout de quelques minutes il distingue un peu mieux, et après quelques heures sa fonction s'exerce d'une manière beaucoup plus satisfaisante. Quand on découvre ensuite l'œil sain, on remarque fréquemment que la déviation des axes visuels est déjà diminuée, et on peut espérer un bon résultat. Dans aucun cas il ne faut prolonger outre mesure l'occlusion de l'œil sain, car les efforts que fait quelquefois l'enfant pour y voir avec l'œil malade seul, occasionent de la céphalalgie et même des vertiges ; ce n'est qu'en procédant graduellement qu'on peut arriver à laisser l'œil sain recouvert pendant plusieurs heures de suite.

Le strabisme qui dépend de ce que l'un des yeux est moins exercé que l'autre, se remarque chez un grand nombre de personnes myopes, parce que si elles veulent examiner attentivement les objets, elles les rapprochent toujours d'un seul et même œil. Il est souvent très-difficile pour elles de tenir les objets à une plus grande distance de l'œil, comme cela leur arrive, par exemple, pour un livre qu'elles veulent lire; on ne peut que leur conseiller alors un choix convenable de lunettes concaves. Il est rare que les lunettes dites *des louches*, qu'elles doivent s'accoutumer peu à peu à porter continuellement, soient d'un grand secours, car le plus souvent un strabisme ne peut être guéri quand il est très-ancien.

OBLIQUITÉ DE L'ŒIL OU DE LA VUE.

Lucitas, visus obliquus.

On désigne ainsi une déviation de l'œil de son axe visuel, dans laquelle il est impossible à la personne qui en est affectée de diriger tout-à-fait cet organe dans le sens diamétralement opposé à sa position vicieuse. Il est facile de présumer d'après cette donnée, que souvent l'obliquité de l'œil doit être le résultat du strabisme; car si des taies, par exemple, situées au centre de la cornée n'ont d'abord déterminé qu'un strabisme, la position prise par l'œil finira par devenir habituelle, au point que le globe oculaire ne pourra plus reprendre la direction opposée, à cause de l'état d'atonie qui, par le défaut d'exercice, sera survenu dans les muscles de l'œil chargé d'exécuter ce mouvement.

Indépendamment de l'influence des taies qui occupent le centre de la cornée, l'obliquité de l'œil peut encore être occasionée par des tumeurs développées dans l'orbite et le sinus maxillaire, par des plaies des ruptures ou l'atonie d'un muscle de l'œil, par des points amaurotiques existant au

centre de la rétine, etc. Cette affection survient quelquefois à la suite d'un refroidissement qui a occasioné la paralysie d'un muscle de l'œil; elle peut encore reconnaître pour cause l'apoplexie, l'hydrocéphale interne, et même la présence de vers dans le canal intestinal.

Le pronostic de cette affection varie suivant les causes qui l'ont déterminée. On la guérit souvent lorsqu'elle est le résultat d'un refroidissement : cette guérison est même possible dans les cas où l'affection est due à des tumeurs syphilitiques développées dans l'orbite. Lorsque l'obliquité du globe oculaire est symptomatique, le pronostic est le plus souvent fâcheux. Enfin elle est absolument incurable quand elle est le résultat de la rupture de l'un des muscles de l'œil.

D'après ce que nous venons de dire, il est facile de juger du traitement qu'il convient d'employer. On doit chercher par conséquent à faire disparaître les taies de la cornée, ou combattre les diathèses par les moyens convenables. Si la maladie dépend de concrétions tophacées et d'exostoses, on emploie des résolutifs internes et externes, parmi lesquels les préparations mercurielles tiennent le premier rang; on fait usage de vésicatoires, de frictions et de vapeurs spiritueuses, ainsi que de l'électricité et du galvanisme, s'il existe un état d'atonie de quelque muscle de l'œil. Lorsque l'obliquité de cet organe est le symptôme d'une autre maladie, celle-ci doit être traitée selon les règles de l'art.

MYOPIE.

De μύω, cligner, clignoter, et ὤψ, œil.

L'œil qui n'est affecté d'aucune maladie peut voir distinctement des objets, même quand ils sont petits, à la distance de quinze à vingt pouces. On dit qu'un œil est myope lorsque

pour apercevoir les mêmes objets, il est obligé d'en être beaucoup plus rapproché.

On peut, le plus souvent, reconnaître les personnes qui sont myopes, à leur regard, à leur tenue et à toutes leurs manières. Elles écrivent toujours très-fin, affectionnent les livres imprimés en petits caractères, et les lisent même avec le secours d'une faible lumière; elles approchent tout près des yeux, le plus habituellement d'un seul œil, les corps qu'elles veulent examiner. Pour voir des objets éloignés elles clignotent et tiennent les paupières plus qu'à demi fermées. Leur pupille est le plus souvent un peu large. Il leur arrive fréquemment de ne pas considérer ceux qui leur parlent et de tenir les yeux dirigés vers la terre. Du reste elles voient mieux de loin lorsque la lumière est vive que quand elle est faible.

La cause prochaine de la myopie consiste en ce que les rayons lumineux éprouvent une réfraction trop brusque, et sont par conséquent trop tôt réunis en un foyer correspondant à un point situé en avant de la rétine; en sorte que lorsqu'ils arrivent sur la surface de cette membrane, ils se trouvent de nouveau divergens, et doivent former une image plus ou moins confuse. Souvent ce phénomène dépend de la trop grande convexité de la cornée ou de la moitié antérieure du crystallin, souvent aussi elle tient à une trop grande abondance de l'humeur aqueuse; dans ce dernier cas, l'œil paraît être trop volumineux au premier aspect, c'est pourquoi on l'a appelé *œil de bœuf*. Quelquefois cette réfraction et cette réunion vicieuse des rayons lumineux en un foyer situé trop en avant, dépendent d'une turgescence (*turgor vitalis*) insolite, et d'une densité particulière de la cornée, du crystallin ou de la totalité du globe de l'œil, ce qu'on remarque surtout chez des enfans très-jeunes. La cause de la myopie tient quelquefois encore à un alongement du globe de l'œil, qui est le résultat d'un état pathologique de cet organe, ou qui s'acquiert dès les premières années de la vie,

quand en présentant des joujoux aux enfans on les tient habituellement trop rapprochés de leurs yeux. Il est extrêmement rare que la myopie soit la suite naturelle d'un mydryasisdevenu habituel. Quelquefois cette maladie est l'effet d'un vice primitif de conformation du globe oculaire; elle se manifeste alors dans les premiers temps de la vie. Une des causes les plus communes de cette affection réside dans les efforts continuels et journaliers de l'organe de la vue pendant la lecture, ou dans une trop grande persistance à écrire, à coudre, à tricoter ou à faire d'autres ouvrages vétilleux, surtout lorsque les personnes qui passent leur vie à ces sortes d'occupations se refusent toute récréation en plein air, quand elles s'habituent à trop pencher la tête en travaillant et que leur appartement n'est pas suffisamment éclairé. Or comme la lumière artificielle n'est jamais suffisante, puisque même un grand nombre de bougies allumées ne peut pas remplacer le jour naturel, le travail du soir est surtout très-propre à produire une myopie durable. Je connais beaucoup de personnes qui, après s'être livrées à des travaux continus qui exigeaient une grande application des yeux, sont devenues myopes pour toujours, en une seule nuit; et je dois dire ici que chez la plupart des myopes que j'ai connus cette affection était acquise. Cette maladie est particulière aux habitans des grandes villes; souvent même les habitans des campagnes ne la connaissent pas de nom.

A mesure que l'on avance en âge l'œil s'aplatit de plus en plus; il en résulte que l'organe affecté de myopie, s'il n'a pas été trop déformé par l'usage des verres et des lunettes concaves; est insensiblement ramené à son état normal, et que par conséquent cette incommodité se guérit peu à peu d'elle-même. On peut s'attendre à ce résultat avec une certitude d'autant plus grande que la myopie ne dépend que d'une mauvaise habitude.

Lorsque la turgescence vitale de l'œil, qui est la cause de la myopie est produite par des congestions sanguines, il faut

la combattre par les moyens connus. On fait une saignée, on administre des sels neutres rafraîchissans, on fait prendre des pédiluves et on défend l'usage des boissons stimulantes et des alimens échauffans. Le meilleur moyen pour corriger ou pour guérir une myopie acquise depuis peu de temps, consiste à diminuer ou à interrompre tout-à-fait les travaux qui fatiguent la vue, à exercer les yeux à regarder au loin sans le secours de lunettes, ce que l'on obtient facilement en recommandant les promenades fréquentes en pleine campagne, ou mieux encore, en recommandant les voyages, surtout ceux qu'on fait sur mer. Mais il est malheureusement peu de personnes qui puissent user de ce moyen.

Quand la myopie a sa source dans une ancienne habitude vicieuse, dans un mydriasis devenu continuel, dans une conformation défectueuse de l'œil, on ne peut guère espérer de succès; on est réduit alors à recommander l'usage de verres concaves pour modifier convenablement la réfraction des rayons lumineux, et pour obtenir que le point de leur réunion ait lieu exactement sur la rétine. Mais il faut avoir soin en faisant un choix de lunettes, que les verres n'en soient ni trop faibles ni trop forts; car, dans le premier cas, l'œil serait toujours obligé de faire de grands efforts pour bien distinguer les objets situés hors du foyer convenable, efforts qui auraient pour résultat nécessaire un affaiblissement considérable et rapide de la vue. Si au contraire le myope fait usage de lunettes trop concaves, sa myopie ne peut qu'augmenter, et il finit par ne plus distinguer sans lunettes, même les objets qu'il voyait très-bien auparavant à l'œil nu. Il en résulte l'inconvénient de ne pouvoir plus quitter les besicles, et même d'être obligé de changer de temps en temps les verres, jusqu'à ce qu'il ne s'en trouve plus d'assez forts pour sa vue, ce qui équivaut presque alors à la cécité.

Les meilleures lunettes concaves sont celles qui permettent à un myope de lire couramment les plus petits caractères d'un livre, à la distance de quinze à vingt pouces, sans que l'œil

en soit fatigué. Il est à remarquer en outre que le myope ne doit pas constamment porter ses besicles, s'il veut conserver l'espoir de distinguer les objets éloignés sans lunettes, lorsqu'il aura atteint l'âge de trente à quarante ans.

Pour remédier au plus haut degré de myopie invétérée, voisin de la cecité, on a proposé d'extraire le crystallin, afin d'obtenir une guérison radicale. Ce traitement est fondé sur ce que l'on éloigne, par cette opération, l'un des milieux de l'œil qui est doué de la plus grande force de réfraction, et sur ce que l'on sait par expérience, que les individus qui étaient myopes avant de subir l'opération de la cataracte par extraction, ont eu par la suite une très-bonne vue. Je doute cependant qu'il se trouve un malade qui veuille se soumettre à un semblable traitement, d'autant plus qu'il est impossible de répondre du succès de l'opération.

PRESBYOPIE.

Visus senilis, presbytie (de πρέσβυς *vieillard*, et ὤψ *œil*).

On dit qu'une personne est presbyte (*presbyops*), quand elle ne peut distinguer les objets qu'à une distance beaucoup plus considérable que celle de quinze à vingt pouces. Dans ce cas les rayons lumineux sont toujours réfractés beaucoup trop tard, ils ne sont pas encore réunis lorsqu'ils tombent sur la rétine, et ne tendent à se rassembler en un foyer qu'à une distance plus ou moins considérable en arrière de cette membrane; c'est pourquoi l'image de tous les objets rapprochés est confuse. La presbyopie se manifeste rarement avant quarante ans; elle a toujours lieu lorsque la cornée est trop aplatie.

La cause la plus importante de la presbyopie est l'approche de la vieillesse, époque où la cornée et le crystallin s'aplatissent, en même temps que le *turgor vitalis* diminue;

cependant les vieillards ne sont pas tous presbytes à beaucoup près. Un rétrécissement de la pupille, devenu habituel, peut produire la presbyopie, tout comme une trop grande dilatation de cette ouverture peut occasioner la myopie. L'habitude de toujours considérer les objets éloignés occasione aussi cette incommodité, même dans la jeunesse. Du reste, la véritable presbyopie est extrêmement rare chez les jeunes gens.

La guérison radicale de cette incommodité est impossible; on en est réduit aux moyens palliatifs, et à l'usage des lunettes à verres convexes.

Il ne faut jamais trop retarder l'usage de ces lunettes, dès qu'on ne peut plus lire facilement des caractères de grosseur moyenne à la distance accoutumée, et qu'on sent le besoin d'une plus grande lumière pour y voir à travailler. Il est temps alors de se servir d'abord de lunettes légèrement convexes, qu'il faut changer, à mesure qu'on avance en âge, contre d'autres d'une convexité plus considérable. Si la presbytie n'existe pas depuis long-temps, les verres n'ont besoin que d'une très-légère convexité; quatre-vingt-dix à soixante-dix pouces de foyer suffisent, rarement il est nécessaire d'en prendre d'abord au-dessous de soixante-dix pouces (1).

DIPLOPIE.

Vue double, *visus duplicatus*, *diplopia* (*de* διπλόος, *double*, *et* ὄψ, *vue*).

On connaît deux espèces de diplopie : 1° celle dans laquelle le malade voit un objet double lorsque ses deux yeux sont ouverts, tandis qu'il voit simple quand l'un des deux est fermé; 2° celle qui consiste à voir l'objet double en regardant avec un seul œil. Dans le premier cas l'affection dépend communément d'un strabisme ou d'une position oblique de l'œil;

(1) Voyez, pour plus de détails, l'article *lunettes*.

dans le second cas, au contraire, la diplopie est occasionée par des cicatrices, des taches ou des facettes occupant le centre de la cornée ou de la paroi antérieure de la capsule crystalline, ou par une pression exercée sur le globe de l'œil, ou enfin par une double pupille. Souvent la cause de cette affection réside primitivement dans les muscles de l'œil, surtout quand ils sont affectés de spasmes ou de rhumatisme ; le malade éprouve alors des sensations douloureuses dans l'orbite. Quelquefois la maladie dépend d'un vice de la rétine, et souvent de certaines affections générales : ainsi on l'observe, par exemple, dans l'hypochondrie et l'hystérie, à la suite de fièvres inflammatoires avec ou sans phlegmasie locale, etc. Il m'est arrivé d'observer un cas de diplopie après l'éruption complète d'une scarlatine, et un *visus defiguratus* pendant l'éruption de cet exanthème. Du reste, ordinairement les deux images de l'objet ne sont pas également distinctes ; l'une, qui en est la véritable représentation, est très-nette, tandis que l'autre, qui l'est bien moins, ne représente en quelque sorte que l'ombre de la première, et se trouve le plus souvent placée à côté de l'objet matériel. Quelquefois le malade ne voit les objets doubles que lorsqu'il a fait des efforts de vision continués pendant quelque temps, le soir à la clarté des bougies : cet accident disparaît aussitôt qu'on laisse les yeux se reposer un peu. Il y a aussi des cas où les malades ne voient doubles que les objets qui sont placés à une certaine distance. Souvent aussi cette illusion n'a lieu que dans une certaine direction.

Le pronostic est variable ; mais il est le plus souvent fâcheux, lorsque la cause de l'affection ne peut être éloignée.

Le traitement doit être basé sur la connaissance des causes de la maladie. On s'appliquera par conséquent à guérir le strabisme, les taies de la cornée, etc. Lorsque la cause de la diplopie réside dans la rétine et dans les maladies générales, elle se dissipe communément sans le secours de l'art. Mais dans les cas où la diplopie a résisté pendant long-

temps aux divers moyens, on a obtenu d'excellens effets de l'emploi des vésicatoires, surtout en les appliquant sur les tempes. En général, dans les maladies des nerfs de l'œil, les vésicatoires ont une action plus marquée quand on les applique à la région temporale que derrière les oreilles, à la nuque, etc.; circonstance sur laquelle M. Rust (1) a surtout contribué à fixer l'attention des praticiens.

HÉMIOPIE.

Hémiopia (*de* ἡμισυς, *demi, moitié*, ὤψ *vue*).

Cette incommodité consiste en ce que les malades ne voient les objets qu'à demi ou en partie. Lorsqu'elle ne dépend pas des parties transparentes, ni des enveloppes de l'œil, elle tient communément à une modification pathologique des nerfs de cet organe. Elle est alors très-passagère, périodique, et accompagne des affections générales du système nerveux, comme l'hystérie, l'hypochondrie et les maladies spasmodiques; ou bien elle est continue, et est beaucoup plus grave : on la nomme alors *amaurosis dimidiata*; elle peut malheureusement aussi dégénérer en une amaurose complète.

Le traitement doit être basé sur les règles que nous avons développées en parlant de l'amaurose.

NYCTALOPIE.

Cœcitas diurna, amblyopia meridiana, nyctalopia (*de* νὺξ, *nuit, et* ὤψ, *vue*).

Les malades affectés de nyctalopie distinguent mal les objets, ou ne les voient pas du tout pendant le jour;

(1) Voyez son *Magazin fur die gesammte Heilkunde*, 4 B. 2 H. S. 358.

tandis que vers le soir, ils recouvrent la vue à la lumière de la lune ou des bougies.

Ce phénomène accompagne quelquefois le *mydriasis*, parce que la grande quantité de rayons lumineux qui pénètrent au fond de l'œil excitent trop vivement la rétine pendant le jour. Quelquefois l'iris est tellement irritable, que la pupille est entièrement contractée à la lumière du jour, d'où résulte l'abolissement complet de la vue. Souvent une cataracte centrale, ou une taie, occupant le milieu de la cornée, s'oppose à l'entrée des rayons lumineux à travers la pupille qui est trop resserrée pendant le jour. Dans quelques cas rares la nyctalopie est un phénomène purement nerveux dépendant de la rétine, et se montre comme une amblyopie ou amaurose périodique.

On voit par l'étiologie de cette maladie qu'elle est le plus souvent un symptôme d'une autre affection, et que par conséquent elle se guérit ordinairement en traitant d'une manière convenable la maladie principale. Lorsque l'iris est trop irritable, on applique sur l'œil une faible dissolution aqueuse d'extrait de jusquiame; et, si la rétine elle-même participe à cette irritabilité immodérée, on doit employer en même temps un traitement général en rapport avec la constitution du sujet et l'état particulier de l'œil. La nyctalopie qui se présente comme étant une amaurose périodique, doit être traitée, d'après les meilleurs ophthalmologistes, d'abord par des résolutifs dont l'action se porte sur le canal intestinal, et ensuite par le quinquina; on ne doit pas en même temps négliger l'application des révulsifs à la peau.

HÉMÉRALOPIE.

(*De ἡμέρα, jour, et ὤψ vue*) *visus diurnus, amblyopia crepuscularis, cæcitas noeturna, dysopia tenebrarum.*

Cette affection est l'opposée de la nyctalopie. Les malades voient parfaitement bien pendant le jour, mais le soir, au

crépuscule, à la lumière de la lune ou des bougies, il ne leur est plus possible de distinguer les objets. Souvent cette maladie est plus légère, mais quelquefois aussi les héméralopes ne voient bien que pendant que le soleil est sur l'horizon; car dès qu'il est couché ils ne distinguent plus rien, ou bien leur vue est confuse. Un cas rapporté par LASERRE (1) prouve combien la lumière artificielle est quelquefois insuffisante pour ceux dont la vue est faible : une jeune fille ne voyait pas pendant la nuit une lanterne très-voisine qu'elle apercevait parfaitement pendant le jour. Dans cette maladie, à la lumière comme à l'ombre, la pupille est en général plus ou moins dilatée, et immobile ou lente à se mouvoir; souvent ce signe n'existe pas; cependant cette ouverture est parfaitement claire et nette.

L'héméralopie s'accompagne communément de céphalalgie, de pesanteur de tête et de douleurs périodiques qui se font sentir dans différentes parties du corps; ces symptômes s'exaspèrent vers le soir, et précèdent quelquefois l'apparition de cette affection. Le malade est, dans quelques cas, affecté de vertiges, surtout quand il se baisse; il s'y joint dans d'autres circonstances des signes de pléthore, de saburres gastriques et bilieuses.

L'héméralopie peut souvent être occasionée par une amblyopie amaurotique seule; mais dans beaucoup de cas elle doit être considérée comme étant une amblyopie amaurotique périodique. Il paraît même que fréquemment elle se rapproche beaucoup de la fièvre intermittente; elle ne consiste sans doute alors qu'en une affection particulière des nerfs de l'œil.

Plusieurs causes qui peuvent produire une amaurose, surtout l'air froid du matin et du soir pendant le printemps, peuvent aussi occasioner l'héméralopie. Dans certains pays elle se montre quelquefois épidémique et endémique, comme on l'observe dans différentes contrées de la France, de la Pologne, du Brésil, aux îles Moluques, dans les parties

(1) *Ephemerides curiosorum naturæ, dec. II, ann. 6, obs. 79.*

marécageuses où on cultive beaucoup de riz, et quelquefois même chez nous (en Allemagne). Elle affecte en général, les individus de tout âge appartenant aux classes malheureuses, excepté ceux qui sont dans la première enfance, mais plus fréquemment les hommes que les femmes; il est rare qu'elle apparaisse subitement, car le plus souvent elle ne s'établit qu'avec lenteur.

La durée de cette maladie n'est pas déterminée; mais quand on l'abandonne à elle-même; il est rare qu'elle persiste plus de trois ou quatre mois. Un traitement convenable la fait souvent disparaître au bout de quelques jours. Elle reparaît quelquefois après un an, dans la même saison; les récidives ne sont, en général, pas rares, dans les pays où elle règne endémiquement.

Les saignées, les vomitifs suivis de l'emploi de décoctions sudorifiques, préparées soit avec le bois de gaïac, de sassafras ou avec la salsepareille; le tartre stibié administré à doses fractionnées à la manière de Scarpa; les laxatifs, le quinquina, la valériane, les vésicatoires à la nuque et derrière les oreilles, et enfin les pédiluves doivent être employés selon les indications.

Lorsque la maladie est endémique et épidémique, la vapeur de foie de bœuf bouilli paraît être surtout fort utile. Vers l'année 1787, ce moyen servit à guérir sûrement et avec célérité un grand nombre de soldats de la garnison de Strasbourg qui étaient atteints d'héméralopie. Meissner (1) rapporte qu'un grand nombre des habitans de la Podolie sont affectés d'héméralopie pendant le carême, et qu'ils se guérissent de cette maladie en mangeant du foie de coq ou de porc.

On a aussi employé d'une manière empirique la vapeur d'ambre, de fort café, de storax, des masticatoires tels que la racine d'angélique et de pyrèthre.

(1) *Bemerkungen aus dem Taschenbuche eines Arztes*, etc. Halle, 1819. (Remarques tirées du *vade mecum* d'un médecin.)

MYIODÉOPSIE.

Mouches volantes, *myiodeopsia* (*de* μυῖα *mouche*, ὄψ, *vue*) *visus muscarum.*

Ce phénomène n'est pas seulement un symptôme concomitant d'une amaurose commençante; il se manifeste aussi idiopathiquement sans avoir d'autre importance, et consiste en ce que la personne qui en est affectée croit apercevoir des points, de petits anneaux, des stries et des flocons noirâtres ou grisâtres, demi-transparens, voltigeant devant ses yeux. Ce phénomène augmente quand on dirige la vue sur des surfaces claires ou blanches, comme sur du papier blanc, ou quand le malade arrête ses pensées sur cette affection; elle diminue, au contraire, et disparaît tout-à-fait quand le sujet se trouve environné d'une lumière crépusculaire, ou quand il n'a pas le temps de penser à sa maladie. Les yeux n'offrent du reste rien d'irrégulier. Ordinairement il y a deux ou trois de ces figures volantes qui sont plus visibles que toutes les autres. Quelquefois il y en a encore une infinité d'autres qu'il est beaucoup plus difficile de reconnaître. Le plus souvent les deux yeux sont affectés à la fois. Les *mouches volantes* dont l'apparition n'est pas ordinairement suivie d'accidens funestes à la vue, et qui sont les seules dont je parle ici, ont toujours une forme déterminée; elles paraissent consister principalement en lignes et en anneaux; elles se trouvent fidèlement représentées sur la cinquième planche du premier cahier de mes *Icones ophthalmologicæ*, *seu selecta circà morbos humani oculi.*

On a cherché l'explication de ce phénomène dans une affection de la rétine, ou par la présence de corpuscules louches nageant au milieu de l'humeur aqueuse, dans l'humeur de Morgagni, dans le corps vitré et dans le crystallin, etc.; mais je ne

puis partager cette opinion. J'ai cherché à démontrer dans l'ouvrage que je viens de citer que le phénomène des *mouches volantes* est déterminé par des globules de sang situés devant la rétine, et par les vaisseaux qui les contiennent.

La cause la plus ordinaire qui donne lieu aux mouches volantes est un usage fréquent et continu de la vue, accompagné d'efforts, d'où résulte souvent un afflux partiel de sang vers les yeux.

La myiodéopsie peut avoir sa cause uniquement dans les violens efforts de vision, sans qu'il soit besoin d'autres signes d'affection de cette fonction. Elle est très-lente à se manifester, et on s'en aperçoit le plus souvent, pour la première fois, par un temps clair, et dans certains lieux favorables, comme dans une promenade faite en plein champ.

L'acuité de la vue ne souffre pas de ce phénomène s'il existe seul; et il résulte des recherches et observations de divers médecins, qu'on peut voir devant ses yeux ces points, ces flocons, ces petits anneaux, sans jamais avoir à craindre la perte de la vue. Il est, à la vérité, plusieurs espèces de cécité dont l'invasion est accompagnée du symptôme de la myodéopsie, mais dans ces cas ce phénomène n'est qu'accessoire, car il y a d'autres signes beaucoup plus importans qui font reconnaître une affection plus grave.

La guérison de cette légère incommodité est beaucoup plus difficile qu'on ne pense; ce qui dépend sans doute de ce que le traitement consiste moins dans l'usage de médicamens que dans des précautions hygiéniques convenables, précautions qui ne sont presque jamais continuées comme il conviendrait de le faire. Il faut, avant tout, ménager les yeux, surtout à la lumière artificielle. L'exposition de ces organes à l'air libre, la vue de sites très-étendus et éloignés, un exercice fréquent et la distraction des voyages sont surtout très-salutaires. On peut, en même temps, faire plusieurs fois par jour des applications d'eau très-froide, au moyen de compresses de linge pliées en six doubles. Lorsque

les yeux sont le siége de congestions, les saignées, les pédiluves avec le sel et les cendres ou la moutarde, l'usage continu d'une décoction amère ou d'une dissolution aqueuse de sulfate de magnésie, assez forte pour provoquer deux à trois selles par jour, sont très-utiles. Lorsque la myiodéopsie est déjà invétérée, quand elle existe, par exemple, depuis plusieurs années, et que le malade ne peut pas assez ménager ses yeux, il est difficile de guérir cette affection.

Les autres *mouches volantes* qui restent quelquefois à la suite de fièvres nerveuses graves et d'autres maladies semblables, disparaissent sous l'influence d'un régime convenable, sans autres médications, à mesure que les forces du convalescent se rétablissent.

FONGUS MÉDULLAIRE DE LA RÉTINE.

Fungus medullaris retinæ.

G. Burns a donné à cette affection le nom d'*inflammatio fungosa*, W. Hey l'a nommée *fungus hæmatodes retinæ*, dénomination qui a été adoptée par MM. Wardrop, Cooper, Scarpa, Bell, Boyer, etc. MM. Dupuytren, Breschet, et quelques autres l'appellent *carcinôme encéphaloïde* ou *cérébriforme*; M. Abernethy la désigne sous le nom de *sarcoma pulposum* ou *medullare*; M. Maunoir enfin sous celui de *fongus médullaire*, dénomination qui, je crois, exprime le mieux ses caractères.

Cette terrible affection de la rétine, que l'on n'a commencé à connaître que dans ces derniers temps, affecte principalement les enfans au dessous de douze ans, et se distingue par là du cancer de l'œil, qui se manifeste surtout dans la vieillesse, et avec lequel elle avait sans doute toujours été confondue auparavant (1); cela explique pourquoi le tiers des

(1) Cette maladie pourrait aussi être rangée avec le carcinôme du globe de l'œil, et, peut-être à aussi juste titre, être placée dans la

individus opérés du cancer de l'œil à l'Hôtel-Dieu de Paris se trouve composé d'individus qui n'avaient pas atteint l'âge de douze ans.

Cette maladie, qui consiste en une dégénérescence fongueuse de la rétine, suit la marche que nous allons décrire : Il se manifeste une amblyopie amaurotique accompagnée de photophobie, de dilatation et de roideur de la pupille; et bientôt survient une amaurose complète. Le médecin voit en même temps au fond de l'œil, dans la région occupée par la rétine, quelque chose qui ressemble à une lame d'argent concave, ou à du fer poli. Plus tard cet aspect métallique se change en une tache irrégulière jaunâtre ou verdâtre, qui ressemble à une petite collection de lymphe coagulable qui se serait épanchée dans le fond de l'œil. Les personnes qui ne connaissent pas cette maladie croient reconnaître alors un obscurcissement particulier de l'humeur vitrée. Cependant les vaisseaux de la conjonctive se remplissent de sang, et le malade éprouve des douleurs continues dans l'œil. La petite masse jaunâtre ou verdâtre qui est pourvue de vaisseaux qui viennent de l'artère centrale, s'accroît peu à peu et s'étend davantage vers l'iris ; on la reconnaît alors pour une substance fongueuse, de couleur jaune. Enfin pendant que les douleurs vont toujours croissant et se faisant sentir principalement au front et à la nuque, surtout pendant la nuit, ce corps fongueux pénètre dans la chambre antérieure de l'œil, qui alors, et quelquefois même auparavant, paraît troublée par un liquide jaunâtre; en même temps le globe oculaire commence à devenir bosselé, la couleur de la sclérotique s'altère, prend une teinte d'un bleu foncé, livide. Quelquefois à cette époque il survient une hydropisie de l'œil. Enfin la masse qui est au fond du globe oculaire prenant de l'accroissement, finit par pénétrer jusqu'à la cor-

dernière variété de la quatrième espèce d'amaurose ; cependant comme elle se distingue de ces deux affections, n'en fût-elle même qu'une modification, je croirais utile d'en traiter comme d'une maladie particulière de la rétine.

née ; celle-ci devient opaque, s'amincit par suite de la pression que cette substance exerce contre elle, commence ensuite à suppurer, et laisse ainsi le fongus faire saillie au dehors en occasionant les douleurs les plus atroces. Une fois hors de l'œil, le fongus prend une couleur rougeâtre, mélangée de taches jaunes ou noires, mais il conserve toujours la consistance molle, cérébriforme, qu'il avait dès le principe ; au moindre contact il laisse couler beaucoup de sang, accommpagné d'une sanie fétide ressemblant à du sérum. Quand le fongus a atteint son développement on observe des symptômes qui indiquent la résorption de la sanie; les ganglions lymphatiques du voisinage de la parotide, sous la mâchoire inférieure et au cou, se gonflent, et le malade marche vers une mort inévitable (1).

Cette affreuse maladie a toujours son point de départ dans la rétine, surtout vers le point où le nerf optique pénètre dans l'œil (2), comme cela est démontré par l'ouverture des cadavres d'individus qui ont succombé n'offrant encore que la tache jaunâtre dont nous avons parlé. De même que plusieurs autres médecins, j'ai trouvé le tissu graisseux qui enveloppe le nerf optique dans un état d'induration et presque adhérent au névrilème, le nerf lui-même était dégénéré en une tumeur médullaire ; la rétine était totalement changée en une masse cérébriforme. Dans un cas la substance cérébriforme me parut naître dans tous les points de la paroi interne de la sclérotique ; elle avait inégalement refoulé la choroïde en devant, et, à l'endroit où devait se trouver le crystallin, il y avait une masse de granulations calculeuses. De toutes les membranes de l'œil j'ai toujours vu que la choroïde et la sclérotique étaient les moins dégénérées. La rétine, le nerf optique et les autres parties de l'œil, ne sont pas les seules qui aient été trouvées détruites ; on a quelquefois vu que cette destruction s'étendait même à certaines parties du cerveau,

(1) Voyez planche III, fig. 4.
(2) Voyez planche III, fig. 5.

comme aux corps striés, aux couches des nerfs optiques, etc. On a vu les ventricules du cerveau contenir jusqu'à quatre ou cinq onces de sérosité sanguinolente, et on a trouvé une masse molle, volumineuse, dans le troisième ventricule, entre les couches optiques. On a même observé des traces de dégénération de la dure-mère, de l'arachnoïde et de la pie-mère.

Les causes de cette épouvantable maladie sont inconnues Elle est quelquefois survenue à la suite d'un coup reçu sur le globe de l'œil. Je l'ai vue une fois se développer à la suite de la scarlatine chez un enfant qui offrait des symptômes évidens de scrophules. Dans une autre circonstance l'affection de l'œil avait succédé à la disparition rapide de la tuméfaction et de l'inflamation d'une glande du cou.

L'extirpation de l'œil, qui jusqu'à présent a été considérée comme le moyen de guérir cette maladie, échoue même quand elle est faite au moment où la tache commence à se montrer au fond de l'œil. Cette opération a pour effet de hâter la perte du malade, car au bout de quelques mois on voit paraître dans l'orbite une nouvelle excroissance fongueuse et molle; les forces vont en diminuant, la fièvre hectique se manifeste, et la mort vient frapper le malade, qui est privé de toute sensibilité, au milieu de mouvemens convulsifs. J'ai également pratiqué l'extirpation du globe de l'œil sans aucun succès; je suis obligé de convenir que cette opération a toujours plutôt accéléré que retardé la terminaison fatale. Cependant Wardrop (1) pense qu'elle pourrait être utile si la maladie était reconnue à son début, c'est-à-dire au moment où la rétine est encore seule affectée.

Si on examine cette maladie plus attentivement et sans prévention, si on considère qu'elle n'affecte ordinairement que des enfans au dessous de douze ans, on est conduit à penser que la cause doit en être cherchée parmi les maladies

(1) Observations sur le fongus hématode.

qui sont propres à l'enfance. On est tenté de soupçonner qu'une maladie qui est aussi grave et aussi rebelle, dont le développement est accompagné de symptômes aussi frappans, doit avoir pour origine une affection plus générale et plus tenace qui l'alimente sans cesse, et fait que l'extirpation de la maladie locale n'est pas suivie de succès, quand on ne parvient pas à détruire la cause générale, ou au moins à lui donner une direction moins dangereuse.

L'observation attentive du petit nombre de cas qui se sont offerts dans ma pratique, m'a convaincu qu'elle est un accident extraordinaire de la maladie scrophuleuse, qui de nos jours est, sans contredit, beaucoup plus fréquente qu'autrefois; c'est aussi la raison pour laquelle on observe plus fréquemment aujourd'hui cette dégénération particulière des yeux.

Quels accidens divers ne produisent pas les scrophules? Ne sont-ce pas elles qui déterminent dans certains points une inflammation et une dégénération des os, et dans d'autres une suppuration des glandes? Ici elles choisissent pour siége le tissu cellulaire sous-cutané, tandis qu'elles détruisent ailleurs les tégumens généraux du corps. Dans quelques points, la peau, sous leur influence, devient le siége de sécrétions morbides; tandis qu'elles développent dans l'œil des inflammations spéciales. Qui pourrait nier que la même maladie ne puisse donner lieu à des *actes pathologiques* dans le poumon, dans l'encéphale, aussi bien que dans les ganglions mésentériques? Je dirai même plus : les scrophules dites du cerveau, qu'on trouve souvent décrites dans les ouvrages des médecins, ne seraient-elles pas souvent la même maladie que nous retrouvons dans l'œil, sous forme de fongus médullaire de la rétine modifiée seulement par la nature particulière de l'organe? Je suis tenté de croire que la plupart des affections des enfans qui suivent la marche de l'encéphalite, de l'hydrocéphale aiguë et chronique, présenteraient ces végétations cérébriformes sur lesquelles le fongus médullaire de l'œil a pu seul appeler notre attention. Je suis convaincu que

toutes ces dégénérations de l'encéphale que l'on trouve réunies au fongus médullaire de la rétine, peuvent se présenter et se sont présentées sans l'affection de cette dernière membrane. C'est à l'observation à décider si mon opinion est erronée.

On objectera peut-être que les enfans affectés du fongus médullaire n'offrent pas toujours d'une manière évidente les symptômes des scrophules. En supposant même que cette objection soit exacte, ne voit-on pas tous les jours des affections locales que tout le monde considère comme le produit de la maladie scrophuleuse dont on n'aperçoit pourtant pas les symptômes les plus ordinaires? N'en est-il pas de même pour l'arthritis? Quel est le praticien qui ayant vu beaucoup de maladies n'a pas rencontré des cas dans lesquels les yeux étaient détruits par une affection ayant les caractères de l'arthritis, sans que le reste du corps ait montré aucune autre trace de cette affection?

Je vois avec plaisir que le docteur B. Panizza, dans un mémoire contenant beaucoup de faits importans, qui a pour titre : *Annotazioni anatomico-chirurgiche sul fongomedollare dell' occhio*, *Pavia* 1821, émet également l'opinion que c'est la maladie scrophuleuse qui produit l'affection terrible dont nous parlons.

Le cas extrêmement intéressant que j'ai observé sur un enfant de deux ans semble confirmer mes soupçons sur l'origine de cette maladie; le résultat du traitement que j'employai chez ce sujet est trop important pour le passer sous silence. Cet enfant, immédiatement après avoir eu la scarlatine, offrit des symptômes de scrophules, et en même temps une rougeur uniforme de la sclérotique et de la conjonctive qui la recouvrait; l'œil droit devint extrêmement sensible à la lumière, il fut frappé de cécité et se dévia de sa direction naturelle comme cela a lieu dans le strabisme. Lorsque le petit malade me fut apporté, je trouvai tous les signes d'un fongus médullaire de la rétine commençant. On voyait

manifestement au fond de l'œil une masse bosselée d'un jaune-rougeâtre, qui semblait avoir détruit la couleur noire de la pupille. Je prescrivis de fortes doses de calomel combiné avec la racine de jalap, qui entretenaient un dévoiement assez considérable, et j'eus bientôt la satisfaction de voir cette affection être arrêtée dans sa marche. Il s'est écoulé plus d'un an depuis cette époque; il y a déjà long-temps que l'enfant s'est remis de ce traitement fatigant, et il se porte très-bien aujourd'hui. L'aspect de l'œil est devenu plus satisfaisant, la masse bosselée, jaune-rougeâtre, a presque entièrement disparu; le fond de la pupille a repris en partie sa couleur noire, mais elle est d'un noir mat; on aperçoit encore un corps blanc-grisâtre à l'endroit où le nerf optique pénètre la rétine, la pupille est roide, un peu dilatée, l'œil est toujours louche et amaurotique comme avant le traitement. J'espère pouvoir bientôt donner plus de détails sur ce cas et sur quelques autres, dans mes *Icoones ophthalmologicæ*, *etc.* Je me bornerai à dire ce qui suit sur le traitement de cette maladie.

Quoique je sois convaincu que les fongus médullaires qui se développent dans le cerveau des enfans sous l'influence des scrophules, sont beaucoup plus fréquens qu'on ne le pense communément, je dirai néanmoins que le fongus médullaire de la rétine est une maladie rare. Un seul médecin ne peut par conséquent démontrer jusqu'à l'évidence l'exactitude de son opinion sur une méthode curative qui lui semble utile; s'il ne peut invoquer que sa propre expérience, il lui est seulement possible de proposer son moyen de traitement à ses confrères et de les engager à l'essayer, ce qui n'est certainement pas à négliger dans une maladie contre le développement de laquelle nous n'avions encore aucun moyen à opposer.

Or, en partant de cette idée, que l'origine du fongus médullaire de la rétine est due à une affection scrophuleuse du nerf optique et de cette membrane, avec tendance à pro-

duire une masse cérébriforme molle, et à transformer en cette substance même les parties qui lui servent de *substratum*; en tenant également compte de ce que la cause ou l'affection générale ne peut pas être guérie promptement, je pense que le plan du traitement doit tendre à détruire celle-ci ou à détourner au plus tôt l'action pathologique d'une partie qui, par son importance, tient le premier rang dans l'économie, et dont l'affection, sous l'influence de cette cause, menace même la vie du malade.

Je propose par conséquent, dans tous les cas où le fongus médullaire est encore à son début, ou au moins quand il est encore borné à la moitié postérieure de l'œil, d'essayer le traitement suivant : On administre trois ou quatre fois par jour, un demi-grain ou un grain de calomel uni à la racine de rhubarbe ou de jalap, en entretenant ainsi pendant quelque temps une diarrhée assez forte. Si l'usage du calomel ne peut être continué, il faut avoir recours à l'étiops antimonié uni au tartrate de potasse et à la ciguë. On fait encore des frictions mercurielles sur le sourcil, en essayant même si l'onguent peut être supporté par l'œil lui-même, car alors on pourrait en introduire deux ou trois fois par jour entre les paupières, une quantité égale au volume d'une lentille. On applique en même temps sur la nuque un emplâtre stibié, de la largeur de la paume de la main, composé d'une partie de tartrate antimonié de potasse et de deux ou trois parties d'emplâtre agglutinatif; on entretient la suppuration, si cela est possible, pendant des semaines et des mois, et on termine le traitement par l'usage intérieur d'une décoction de rhubarbe, de douce-amère, et enfin de calamus aromaticus, de quinquina et autres moyens semblables.

Au reste, je dois avertir des effets fâcheux que j'ai obtenus de l'emploi des bains généraux, car ils produisaient une exacerbation manifeste dans presque tous les cas d'affection scrophuleuse des yeux.

Le régime devra être d'abord peu nutritif; mais après ce

traitement héroïque, il convient de donner des alimens nourrissans et d'une digestion facile.

MALADIES QUI AFFECTENT A LA FOIS LES PARTIES OPAQUES ET TRANSPARENTES DE L'ŒIL.

INFLAMMATION EXTERNE SIMPLE DU GLOBE D ELOEIL.

Ophthalmitis externa, ou mieux *ophthalmia externa* (1).

Cette phlegmasie se présente fréquemment; les auteurs la désignent, selon son intensité et son siége, sous les noms d'*ophthalmia levis*, *ophthalmia angularis*, *taraxis*, tantôt sous ceux de *chemosis*, *ophthalmia sicca*, *etc.*

Le siége de cette inflammation est la conjonctive oculaire, la cornée et la sclérotique, surtout dans sa partie antérieure.

On peut distinguer cette inflammation en deux espèces principales, qui diffèrent surtout sous le rapport de l'intensité. Le degré le plus léger est nommé *taraxis*, et le plus violent, *chemosis*.

Taraxis. La nuance légère d'une ophthalmie externe simple pourrait être facilement confondue avec une ophthalmie catarrhale, si celle-ci n'était toujours accompagnée d'une blépharophthalmie glanduleuse beaucoup plus avancée, l'affection inflammatoire des glandes des paupières étant beaucoup plus rare, ou au moins beaucoup plus faible dans l'ophthalmie externe simple.

On reconnaît le taraxis simple aux symptômes suivans : le

(1) C'est à tort que l'on croit (Benedict, *Handbuch der practischen Augenheilkunds*, 1 B. *Leipz.* 1822, S. 305) que cette inflammation peut être regardée comme étant la forme primitive de toutes les ophthalmies et qu'elle précède toutes les autres inflammations du globe de l'œil; car les phlegmasies de l'iris, du crystallin, de la rétine, etc., peuvent être purement locales, sans qu'aucune d'elles offre les phénomènes qui caractérisent l'*ophthalmia externa*.

malade éprouve d'abord la sensation d'une légère pression dans l'œil ; cet organe commence à devenir rouge et larmoyant, mais cette rougeur ne se montre d'abord que dans les angles de l'œil, particulièrement vers l'angle interne. C'est ce léger degré de *taraxis* qui a reçu le nom d'*ophthalmie angulaire*. La rougeur, la tension, le larmoiement et la douleur augmentent, il s'y joint quelquefois un léger degré de photophobie, et on aperçoit distinctement que non-seulement la conjonctive du globe oculaire, mais encore la sclérotique deviennent le siége de l'inflammation. Le malade n'éprouve plus d'augmentation de douleurs que lorsqu'il fait mouvoir les paupières, ou lorsqu'en général les excitans extérieurs portent leur action sur l'œil ; dans les inflammations spécifiques, au contraire, il y a des exacerbations périodiques qui surviennent sans cause extérieure visible. Il est rare que la transparence de la cornée soit troublée, à moins qu'elle n'ait été intéressée par des corps étrangers, ou que le *taraxis* n'ait dégénéré en *chémosis*.

Lorsqu'on est parvenu à éloigner les causes de la maladie, et qu'elle est arrivée à sa seconde période, les phénomènes que nous avons énumérés diminuent graduellement et d'une manière insensible ; la rougeur seule continue souvent à faire des progrès et à prendre une teinte plus foncée. Il survient une légère sécrétion de mucus qui a son siége, moins dans les glandes de Méibomius que dans la conjonctive palpébrale enflammée. Enfin la rougeur diminue également, mais elle persiste encore pendant quelque temps vers les commissures.

Les causes de cette inflammation sont le plus ordinairement le contact de corps étrangers, dont quelques-uns exercent une action purement mécanique, comme la poussière, le sable, des parcelles de bois ou de fer ; etc., dont d'autres agissent d'une manière mécanique et chimique, comme le tabac à priser, etc., et enfin dont quelques-uns ont une action purement chimique, comme les acides, la potasse caus-

tique, etc. On rencontre cependant quelquefois aussi un taraxis simple dans les fièvres inflammatoires franches, ou à la suite de congestions sanguines vers la tête.

Le pronostic du taraxis simple est toujours favorable, à moins que des corps étrangers n'aient produit des ulcérations considérables de la cornée; car alors il peut rester une opacité et des taies incurables de cette membrane, un prolapsus de l'iris, et une oblitération de la pupille.

Dans les nuances légères, après l'éloignement des causes extérieures, le traitement se réduit à faire des applications d'eau froide, avec ou sans addition d'acétate de plomb liquide. Si l'inflammation est, au contraire, plus violente, s'il y a de la photophobie, et qu'on ait à redouter que la maladie ne passe à l'état de chémosis, il faut, indépendamment des applications froides, avoir recours aux saignées générales et locales. On peut tenir la même conduite avec avantage, même dans les nuances légères, si le malade est robuste et pléthorique, ou si le taraxis est occasioné par des congestions vers la tête, ou par la suppression de quelque hémorrhagie.

Dans la seconde période, qui se reconnaît à l'augmentation de la sécrétion muqueuse, il convient de n'employer les topiques que tièdes. Je puis recommander ici surtout les dissolutions de sulfate de zinc, de pierre divine, et l'eau contenant de l'acétate de plomb. Il faut que ces dissolutions soient très-faibles, et dans la proportion d'un grain sur deux onces d'eau, si on veut que l'inflammation disparaisse en très-peu de temps. Si l'on trouve que la conjonctive soit un peu relâchée, on peut y ajouter avec avantage une petite quantité de laudanum liquide de Sydenham.

Chémosis. Lorsque le *taraxis* passe à l'état de *chémosis*, les douleurs, la rougeur et la tension augmentent dans la première période; les réseaux vasculaires, qui auparavant étaient isolés, sont remplacés par une rougeur foncée et uniforme; la conjonctive commence à se tuméfier, les mouvemens de

l'œil et des paupières sont douloureux, et la cornée perd beaucoup de sa transparence, bien qu'on ne puisse pas dire qu'elle soit opaque. La douleur se propage de plus en plus, et d'une manière insensible, jusque dans la tête; il survient quelquefois même des symptômes qui ne laissent plus aucun doute sur l'existence de l'inflammation de l'iris; l'immobilité du bulbe oculaire, la photophobie et la sécheresse augmentent, vers la fin, la sécrétion lacrymale s'arrête presque entièrement, et constitue cet état qui a été nommé, avec raison, *xerophtalmia* ou *xeroma*; la conjonctive qui recouvre la sclérotique est épaissie et pourrait être comparée à un morceau de drap écarlate, formant un bourrelet (1) autour de la cornée qui perd de plus en plus sa transparence, et prend une teinte grise-rougeâtre. Cette opacité s'oppose à ce qu'on puisse distinguer l'iris et la pupille, d'où il résulte que la vue est très-faible; le globe oculaire est immobile, et la maladie s'accompagne d'une fièvre inflammatoire.

Symptômes de la seconde période. La tumeur de la conjonctive augmente graduellement de volume et prend une couleur rouge foncée; la cornée blanchit, jaunit ensuite, et forme enfin un véritable abcès. La suppuration étant terminée, il reste un bulbe immobile, blanchâtre, racorni, et offrant des rétrécissemens sur différens points. La terminaison de cette espèce de phthisie ou de consomption purulente du globe de l'œil, doit être soigneusement distinguée de l'état que produit l'atrophie de l'œil.

Etiologie. Cette inflammation est le plus souvent occasionée par des lésions de l'œil, ou par des corps étrangers introduits entre le globe oculaire et les paupières. Lorsque la conjonctive de l'œil a été piquée par une abeille ou une guêpe, et que le dard est resté dans la plaie, l'inflammation s'élève à un très-haut degré de violence, et dégénère quelquefois en une ophthalmite générale extrêmement dangereuse.

(1) Voy. pl. III, fig. 6.

Quand le chémosis simple n'est pas trop violent dans sa première période, si l'iris ne participe pas à la phlegmasie, et que le pus ne soit pas formé, le médecin peut souvent espérer de conserver non-seulement la forme de l'œil, mais encore la vue. Mais si la maladie existe chez un enfant très-sensible, et que le médecin soit appelé trop tard, la maladie passe inévitablement à la seconde période, et alors le pronostic est nécessairement très-grave; car s'il existe déjà un abcès dans la cornée, la vue et en partie la forme de l'œil sont à jamais perdues. Quand on aperçoit des points de suppuration autour de la cornée, souvent le médecin ne peut plus conserver assez la forme de l'organe pour le remplacer par un œil artificiel. En général on réussit rarement à conserver tout-à-fait la vue et la forme de l'œil, lorsque le chémosis est à sa seconde période.

Traitement de la première période. C'est à cette époque qu'il faut employer le traitement antiphlogistique dans toute son étendue. Les saignées poussées jusqu'à la lipothymie chez les personnes pléthoriques, les sangsues aux tempes, des scarifications faites sur la conjonctive tuméfiée, et, lorsque la tumeur est très-considérable, l'excision partielle de cette membrane, sont impérieusement indiquées. On fait ensuite des applications d'eau avec ou sans une légère addition d'acétate de plomb. On donne à l'intérieur le calomel combiné avec le nitre, à dose assez forte pour provoquer quatre ou cinq selles par jour : cette médication convient également aux individus d'une constitution faible, qui ne supportent pas les saignées abondantes On ne doit pas négliger non plus les sinapismes à la nuque et au bras, et les pédiluves irritans. Il est inutile de rappeler que le régime et les précautions particulières qu'on doit prendre pour les yeux, doivent être en harmonie avec cette médication.

Mais lorsque l'inflammation a atteint la seconde période, il faut combattre la suppuration par des moyens locaux et généraux. On emploie dans ce but des sachets d'herbes aro-

matiques, secs et chauds, dont par la suite on frotte la surface avec du camphre; on fait usage de dissolutions chaudes de pierre divine avec addition d'acétate de plomb; on touche, s'il est nécessaire, les surfaces en suppuration avec le laudanum liquide de Sydenham que l'on combine dans les cas urgens avec le baume de vie d'Hofmann. On peut continuer en même temps le calomel; mais lorsqu'on peut penser que l'affection n'a plus le caractère inflammatoire et qu'il survient un certain état de torpeur, on administre à l'intérieur le quinquina avec l'éther, ou d'autres stimulans toniques et volatils, et on prescrit un régime analeptique. Les points de suppuration qui se développent autour de la cornée doivent être ouverts avec la lancette, afin de les empêcher de s'étendre plus loin.

OPHTHALMITE INTERNE.

Inflammation interne et simple du globe de l'œil, commençant par la rétine. Ophthalmitis interna (1).

Symptômes de la première période. Le malade éprouve une douleur obtuse, gravative et tensive dans tout le globe oculaire; cette douleur devient de plus en plus sensible, se propage rapidement au dessus des sourcils jusqu'au sinciput; il se manifeste des phénomènes de photopsie; il y a une diminution de la vue, un rétrécissement uniforme de la pupille, qui se trouble : tels sont les premiers symptômes de cette inflammation redoutable. Lorsque la vue a été complètement abolie, la pupille se ferme totalement (2). Le malade continue à apercecoir des étincelles et de la flamme, et l'iris, de gris ou bleu qu'il était, devient verdâtre; s'il était brun ou noir, il prend une couleur rougeâtre, se tuméfie, se porte en avant vers la cornée et diminue par consé-

(1) L'inflammation bornée à la rétine, la *rétinite* a déjà été exposée et décrite sous ce titre.

(2) Voyez pl. III, fig. 7.

quent de beaucoup l'espace de la chambre antérieure. A mesure que cette tuméfaction de l'iris a lieu, le malade éprouve des céphalalgies atroces, la sclérotique et la conjonctive rougissent, la cornée perd son éclat, et il survient une fièvre inflammatoire.

Symptômes de la seconde période. Pendant que le malade éprouve dans l'œil une douleur pulsative inégale, accompagnée de pesanteur et de froid, la conjonctive oculaire rougit de plus en plus; des frissons continuels se font sentir, et on aperçoit tout à coup sur le plancher de la chambre antérieure de l'œil du pus (*hypopium*), qui change de position pendant les divers mouvemens de la tête. Si le pus s'accumule de plus en plus et que la maladie soit négligée, la cornée fait saillie, devient conique et finit par se rompre au milieu des douleurs les plus insupportables, qui cessent ensuite peu à peu, lorsque le bulbe oculaire s'est affaissé sur lui-même. Si vers la fin de la première période la pupille ne s'est pas complètement oblitérée, on peut apercevoir alors au moyen d'une loupe, des filamens de lymphe plastique qui se présentent sous la forme d'un réseau au milieu duquel on distingue plus tard encore de petits grumeaux de pus qui n'ont pas été absorbés, et qui, obstruant quelquefois complètement la pupille, représentent l'accident dont nous avons parlé en traitant de l'oblitération de cette ouverture, sous le nom de *cataracta spuria purulenta.*

Les causes de cette phlegmasie sont peu nombreuses, aussi est-elle très-rare. L'une des plus importantes consiste dans les efforts que l'on fait pour voir des objets très-petits et brillans. Cette affection succède quelquefois aussi à des suppressions d'hémorrhagies, à des opérations pratiquées sur l'œil, à des encéphalites et des méningites.

Le pronostic peut encore être favorable, dans la première période, tant que la pupille n'est pas tout-à-fait rétrécie et que la vue n'est pas encore très-diminuée; il est au contraire fâcheux si la vue paraît éteinte. Quand la pupille est tout-à-

fait fermée le malade reste aveugle pour toujours. Si la maladie, à cette période, est méconnue, négligée ou traitée d'une manière peu convenable, elle dégénère en une ophthalmite générale peu dangereuse.

Le pronostic dans la seconde période, est toujours très-fâcheux pour ce qui a rapport à la vue, car elle est irrévocablement perdue; et il n'y a que la forme de l'œil qui souvent puisse encore être conservée. Mais lorsque l'inflammation a passé l'état d'ophthalmite générale, il en résulte presque toujours une horrible difformité du globe de l'œil.

Le traitement de la première période doit être absolument semblable à celui de la même période de l'ophthalmite générale que nous exposerons plus loin, à cela près qu'ici, on ne peut pas faire de scarifications sur la conjonctive.

Le traitement de la seconde période ressemble aussi à celui de la seconde période de l'ophthalmite générale, mais il y a aussi quelques différences. Les cataplasmes chauds ne doivent être appliqués qu'avec les plus grandes précautions. S'il se montre du pus dans la chambre antérieure, ce qu'il y a de mieux à faire, c'est d'en favoriser l'absorption : on supprime à cet effet l'usage des cataplasmes, on fait trois ou quatre fois par jour des frictions mercurielles au-dessus des sourcils; on fait prendre à l'intérieur de fortes doses de calomel, comme nous l'avons déjà recommandé en parlant de l'*iritis* et du *chémosis*; on emploie la chaleur sèche, on applique des épispastiques, tantôt derrière l'oreille, tantôt aux tempes, on instille dans l'œil du laudanum liquide de Sydenham, trois ou quatre fois dans la journée, à l'aide d'un pinceau à miniature très-fin, et on ne se décide à ouvrir le globe de l'œil avec la lancette que lorsqu'il menace de se rompre. Si on fait plus tôt cette opération, il en résulte qu'on ne peut pas lui conserver assez de sa forme pour pouvoir placer un œil artificiel. Si l'ouverture de l'œil a été jugée nécessaire, on favorise l'écoulement du pus épais par l'instilla-

tion de la décoction de mauves chaudes qui avait déjà été recommandée par JANIN.

STAPHYLÔME DE LA CORNÉE.

Staphyloma corneæ (σταφυλὴ, *raisin*, *grappe de raisin*).

Lorsque par suite d'une inflammation la cornée perd sa transparence, se tuméfie en dedans et en dehors; quand l'iris ayant été augmenté de volume par l'inflammation, il se porte également en avant; lorsque ces deux membranes enflammées ont contracté adhérence entre elles et que la phlegmasie n'a pas fait cesser la sécrétion de l'humeur aqueuse qui a lieu principalement dans la chambre postérieure de l'œil, alors survient la maladie dont nous allons parler (1). Si l'iris adhère dans toute son étendue avec la cornée, il en résulte un staphylôme général; mais si cette adhérence est bornée à une partie considérable de la cornée qui fait saillie en avant, on a un staphylôme partiel. Les staphylômes généraux varient sous le rapport de la forme; car si l'inflammation n'a détruit que la chambre antérieure, si l'adhérence de la face antérieure de l'iris avec la face interne de la cornée a lieu par toute la surface de ces membranes, il en résulte un staphylôme total ou général qui a une forme sphérique (*staphyloma corneæ totale sphæricum*), par la raison que l'humeur aqueuse continuant à être sécrétée distend uniformément la cornée *staphilomateuse* (2). Comme en même temps l'absorption de cette humeur, qui a lieu surtout dans la chambre antérieure, se trouve arrêtée parce que cette cavité n'existe plus, il arrive quelquefois que le staphylôme sphérique se distend de plus en plus et finit même par se rompre (*rhexus oculi*); alors la difformité staphylomateuse disparaît pour quelques jours, mais ne tarde pas à se montrer de nouveau comme dans l'état précé-

(1) Voyez J. BEER's *Ansicht der staphilomatœsen Metamorphosen*, etc.
(2) Pl. III, fig. 8.

dent. Si cet accident se répète souvent, le staphylôme peut dégénérer et exiger une prompte opération. Mais si, indépendamment de l'adhérence entre l'iris et la cornée, l'uvée est aussi entièrement unie à la capsule du crystallin, si par conséquent les deux chambres de l'œil sont détruites à la fois, il se forme un staphylôme général conique, (*staphyloma corneæ totale conicum*), qui ne peut jamais atteindre un volume aussi considérable que celui qu'on observe quelquefois pour le staphylôme sphérique, parce que la sécrétion de l'humeur aqueuse dans la chambre postérieure est plus ou moins complètement supprimée.

En général, le staphylôme acquiert un certain volume peu de temps après son origine; il s'arrête ensuite, ou bien il continue à se développer. Les suites ordinaires de cette maladie sont : la cécité, une grande difformité, des inflammations fréquentes, un larmoiement continu, etc. De l'impossibilité où se trouve le malade de recouvrir entièrement l'œil avec les paupières, il résulte souvent des ulcérations, quelquefois même l'œil sain est affecté sympathiquement. Les staphylômes d'un volume considérable refoulent la paupière inférieure en dehors, et donnent par suite lieu à la formation d'un ectropion. Les staphylômes généraux, ceux qui sont coniques surtout, ont quelquefois une tendance à dégénérer en carcinôme; dans ce cas l'œil est presque toujours le siége d'inflammations, l'état variqueux de l'œil va croissant, les douleurs ne se bornent plus comme précédemment à cet organe, mais s'étendent souvent à une grande partie de la tête; et il ne faut, dans des circonstances semblables, que la cause extérieure la plus légère pour susciter la dégénérescence cancéreuse à laquelle peut succomber le malade.

Il est digne de remarque combien les opinions des médecins des divers pays de l'Europe sont divergentes sur l'origine de cette maladie, et combien peu ils ont pu s'accorder jusqu'à ce jour sur la nature du staphylôme général. C'est à Beer que nous devons d'avoir fixé les idées incertaines et

chancelantes que l'on avait sur cette maladie. Quoique je sois convaincu en général de l'exactitude des vues de mon ancien maître, je ne puis m'empêcher d'y ajouter les remarques suivantes, qui sont le résultat de mon expérience propre.

Le staphylôme peut se développer de deux manières différentes. La connaissance exacte de ces deux modes d'origine est également importante pour le pronostic et pour le traitement prophylactique et curatif de cette maladie; c'est pourquoi je vais entrer dans quelques détails à ce sujet.

Première espèce. La staphylôme de la cornée peut se développer à la suite d'inflammation blennorhoïque de la face antérieure du globe de l'œil; dans ce cas il se forme de la manière suivante : la cornée est d'abord le siége d'une suppuration superficielle qui occupe, tantôt une partie, tantôt la totalité de cette membrane; la suppuration détruit peu à peu, et l'un après l'autre, les feuillets de la cornée. Cependant comme la formation du pus n'a pas une marche égale sur tous les points, il arrive quelquefois que la cornée n'est percée que par une petite ouverture. L'humeur aqueuse suinte d'abord en petite quantité à travers cette ouverture, en sorte que la chambre antérieure continue à exister, parce que la sécrétion de cette humeur peut encore remplacer la perte qui a lieu par l'ouverture de la cornée. Si, à cette époque, on n'arrête pas les progrès de la maladie, et que l'ouverture vienne à augmenter, quoique avec lenteur, l'humeur aqueuse s'écoule au dehors en plus grande quantité; l'iris, sans former de prolapsus, s'applique plus ou moins uniformément contre toute la paroi interne de la cornée qui est enflammée, la chambre antérieure disparaît, et le crystallin s'approche davantage de l'uvée, rapprochement qui est puissamment favorisé par l'action des muscles de l'œil. Peu après, l'inflammation de la paroi postérieure de la cornée augmente; l'iris n'étant pas accoutumé à sa position nouvelle qui le rapproche du foyer de la maladie, et se trouvant par cela même plus

exposé à l'action des causes déterminantes de l'inflammation, ne tarde pas à s'enflammer également, d'abord par sa face antérieure; la sécrétion de l'humeur aqueuse dans la chambre antérieure de l'œil diminue, et cesse enfin complètement; la face antérieure de l'iris, étant enflammée, contracte des adhérences avec la face postérieure de la cornée, adhérences qui deviennent naturellement de plus en plus intimes par les progrès de l'inflammation. Si, à cette époque, la maladie est guérie, soit par les efforts de la nature, soit par ceux de l'art, la plaie de la cornée se ferme et est remplacée par une cicatrice blanchâtre ou d'un gris-blanc ressemblant à de l'émail. Telles sont les conditions pour la formation d'un staphylôme de la cornée, ainsi qu'elles ont déjà été indiquées par Beer. Dans ce cas le staphilôme est sphérique; il peut se grossir par la suite et même se rompre; mais rarement il détermine un état variqueux considérable des vaisseaux, surtout de ceux qui sont situés dans la profondeur de l'œil, à moins que cet état ne soit favorisé par d'autres causes qui existent déjà ou qui surviennent plus tard. Le malade conserve communément avec ce staphylôme général sphérique la faculté de bien distinguer la lumière.

Mais si, toutes choses égales d'ailleurs, l'ouverture de la cornée s'agrandit plus rapidement, et que l'humeur aqueuse s'écoule avec plus de promptitude, il arrive ordinairement que l'iris par sa face antérieure s'applique contre la face postérieure de la cornée, pénètre dans la plaie de cette dernière membrane, et y contracte adhérence avec les bords de l'ulcère. Cet étranglement d'une partie de l'iris est cause qu'il est plus ou moins tendu; d'où il résulte qu'il n'est pas en contact avec les autres portions de la face postérieure de la cornée qui se trouvent alors éloignées de la partie étranglée. Si, à cette époque, le malade guérit, soit par les efforts de la nature, soit par ceux de l'art, la cornée se cicatrise, la partie herniée de l'iris se recouvre d'une masse solide blanchâtre ou bleuâtre, qui durcit de plus en plus; en sorte qu'il reste à

la surface de la cornée, selon que le prolapsus de l'iris a été plus ou moins considérable, une sorte de tubercule plus ou moins volumineux : c'est cet état que nous désignons sous le nom de *staphylôme partiel de la cornée.*

Il est inutile de rappeler que, dans ce cas, la cornée peut encore être en partie transparente, que la pupille peut exister, servir plus ou moins à la vision. Quand cette ouverture n'existe plus, il est souvent possible d'en pratiquer une artificielle, ce qui devient impossible lorsque toute la cornée est occupée par la cicatrice.

Mais si, pendant le développement d'un staphylôme général sphérique, l'inflammation et la suppuration continuent, c'est-à-dire si la maladie ne guérit pas, lorsque toutes les conditions pour la formation de ce staphylôme existent, si l'inflammation, loin de se ralentir, se propage de l'iris à la capsule cristalline et au crystallin, et que ce corps contracte avec l'iris une adhérence qui obstrue complètement la pupille déjà rétrécie ; il en résulte que, malgré les progrès que pourrait faire la suppuration de la cornée, cette adhérence s'oppose à la chute et à la sortie du corps vitré et du crystallin. Mais alors il s'ensuit nécessairement la propulsion du crystallin qui est renfermé de toutes parts et de l'iris, propulsion qui est encore favorisée par l'action des muscles de l'œil. Si la guérison s'effectue alors, la surface externe de la tumeur conoïde se cicatrise, et il en résulte ce que nous désignons sous le nom de staphylôme général conique (*staphyloma corneæ totale conicum*). La perception de la lumière existe ordinairement dans ces cas, mais elle est beaucoup moins vive que dans ceux de staphylôme sphérique.

Seconde espèce. Le second mode d'origine du staphylôme est beaucoup plus rare : une violente inflammation, qui s'accompagne de tous les signes d'une iritis intense, se développe à la fois dans l'iris et la cornée, le plus souvent par métastase, à la suite d'une répercussion d'exanthèmes du cuir chevelu, etc. La pupille se contracte, les différens points

de son bord libre dviennent adhérens entre eux, l'uvée s'unit à la capsule erystalline, l'iris tuméfié se rapproche de la eornée et diminue par conséquent la capacité de la chambre antérieure; la cornée, après être devenue opaque, se tuméfie également en dehors et en dedans; l'inflammation augmente d'intensité, la séerétion de l'humeur aqueuse diminue dans la chambre antérieure et dans la postérieure, et cesse enfin complètement. L'iris et la cornée étant mis en contact, il commence à s'établir une adhérence entre ees deux membranes; mais avant qu'elle ne soit complète, la maladie passe à la seeonde période, pendant laquelle la cornée tend de plus en plus à suppurer, se ramollit, ou même se déchire; dans l'un et l'autre cas la capsule crystalline, intimement unie à l'iris, est poussée en avant par l'action des museles de l'œil, d'où résulte la formation d'une tumeur conique. Si en ce moment on parvient à arrêter les progrès de la maladie (1), il doit néeessairement en résulter un *staphylôme général conique.*

Le malade affecté de ce staphylôme est privé de toute perception de la lumière, l'intensité de la maladie ayant été trop grande pour qu'elle ait pu rester bornée à la moitié antérieure du globe de l'œil. Ce sont surtout les staphylômes de cette nature qui s'aecompagnent d'un état variqueux très-considérable des vaisseaux de l'œil, et qui présentent souvent des aceidens inflammatoires qu'on ne peut attribuer à aucune eause extérieure, ni même à la distension du bulbe qui n'existe pas dans eette espèee.

Je me suis plusieurs fois convaineu par l'autopsie, que, dans tous les staphylômes de la eornée, cette membrane et même l'iris ont toujours éprouvé un épaississement ou un amincissement; que la face représentant le globe de l'œil à moitié désorganisé est, en général, plus molle peu de temps après

(1) Il est rare que dans de pareilles circonstances les efforts de la nature abandonnée à elle-même puissent avoir une tendance favorable, car cela n'arrive qu'après l'entière dissolution de l'œil.

l'origine de la maladie, et qu'elle augmente plus tard de tensité.

Du reste, il faut se garder de confondre, comme on l'a fait dernièrement, le staphylôme général conique de la cornée avec une hernie générale de cette membrane, dans laquelle l'iris a conservé toute son intégrité, la cornée seule étant poussée en avant. On ne doit pas non plus confondre le staphylôme vrai avec une cicatrice qui s'étendrait sur toute la cornée sans propulsion de cette membrane. Pour éviter ces méprises il faut examiner la maladie avec le plus grand soin, et faire attention au signe caractéristique suivant : Dans l'un et l'autre cas les malades perçoivent encore assez bien la lumière et les couleurs, mais cette perception augmente manifestement aussitôt que l'œil affecté est placé dans l'ombre, tandis que l'objet ou le point sur lequel il se dirige est très-éclairé. Au contraire, la faculté de reconnaître les couleurs est le plus souvent complètement perdue aussitôt que l'œil est exposé à une forte lumière, surtout si l'objet coloré est placé dans l'ombre. Ce signe manque dans le staphylôme général sphérique ; les malades sont en quelque sorte *affamés* pour la lumière, surtout si les deux yeux sont affectés de staphylôme.

Du reste, la cornée affectée de staphylôme est plus molle et plus épaisse lorsque la maladie est récente et qu'elle existe chez les enfans ; elle est, au contraire, plus dure et plus mince quand le staphylôme est ancien et lorsqu'il se manifeste chez des sujets plus âgés : sa couleur est tantôt blanche, gris-blanchâtre, gris-bleuâtre ou rougeâtre. Les staphylômes partiels de la cornée occupent ordinairement la partie inférieure de cette membrane (1). (Planche III, fig. 9.)

(1) Si par *staphylôme* on n'entend désigner qu'une distension et un amincissement de certaine membrane de l'œil, comme on avait coutume de le faire, on aura aussi des *staphylômes de la sclérotique*, par exemple, lorsque cette membrane se trouve poussée au dehors par des tumeurs variqueuses développées dans la choroïde. Scarpa n'a jamais trouvé ces

Cette maladie est principalement occasionée par des ophthalmies survenues pendant la variole, la rougeole ou par l'ophthalmoblennorrhée scrophuleuse, l'ophthalmie des nouveau-nés, certaines lésions de l'œil, etc.

Pronostic. Si la vue subsiste encore avec un staphylôme partiel de la cornée, il est possible de guérir cette affection et de conserver la vue dans l'état d'imperfection où elle se trouve, mais non de l'améliorer. Si la vue est complètement anéantie par l'existence d'un staphylôme partiel, on peut, si on n'aperçoit pas de vaisseaux variqueux à l'œil, enlever la tumeur saillante de la cornée ; mais il est impossible de rétablir la vue. Si l'œil est au contraire dans un état variqueux très-prononcé, l'emploi des caustiques, qui guérissent ordinairement les varices, a pour résultat la destruction complète de l'œil. Dans le cas de staphylôme général, non-seulement on ne peut espérer de rétablir la vue, même au plus faible degré, mais encore quand cette affection s'accompagne de cirsophthalmie parvenue à un développement considérable, la vie du malade est en danger, parce que dans ces circonstances une contusion légère peut donner lieu à des exophthalmies terribles, etc. ; aussi faut-il se hâter de détruire par l'opération toute espèce de staphylôme général de cette nature. Le pronostic est ordinairement plus favorable dans les cas de staphylômes généraux sphériques que dans ceux dont la forme est conique. Toutes les variétés de staphylôme peuvent n'affecter qu'un œil ou tous les deux à la fois (1). Du reste, leur marche est variable ; car tantôt ils acquièrent tout à coup un certain volume et s'arrêtent

staphylômes à la face antérieure du bulbe oculaire, mais bien dans deux cas (certainement très-rares) à sa face postérieure, en dehors du point où le nerf optique pénètre à travers la sclérotique. (Voyez l'ouvrage de Scarpa, vol. II, p. 148, etc.)

(1) Wardrop (l. c., p. 9) a observé une sympathie très-remarquable entre les deux yeux ; un œil blessé par un instrument piquant devint staphylomateux, et l'autre œil subit aussi la même altération.

ensuite, tantôt ils s'accroissent graduellement jusqu'à ce qu'ils se terminent par la rupture de la cornée, et souvent ils dégénèrent en une masse charnue, qui augmente de volume et réclame l'extirpation complète de l'œil.

On employait autrefois des topiques astringens pour la guérison des *staphylômes partiels de la cornée* : on a vanté l'acide nitreux, l'acide sulfurique, la pierre infernale; on a été jusqu'à recommander comme remède spécifique le beurre d'antimoine, et c'est avec raison que ce dernier médicament a été préconisé par Beer. Si l'œil n'est pas trop sensible et n'offre pas de vaisseaux variqueux, on touche le sommet du staphylôme partiel avec un pinceau très-fin, légèrement imprégné de beurre d'antimoine, en tenant les paupières ouvertes, jusqu'à ce que le point touché se soit transformé en une petite escarre blanche, sur laquelle on passe aussitôt un pinceau plus volumineux trempé dans de l'eau ou du lait, afin de ne laisser aucune parcelle du caustique. On ne revient à l'emploi de ce moyen que lorsque l'inflammation qui en est résultée a complètement disparu et après la chute de l'escarre. On doit éviter l'usage des pommades irritantes, et, en général, les moyens qui ont sur l'œil une action très-étendue.

Les staphylômes partiels qui viennent de se former et qui sont encore mous, peuvent quelquefois être détruits ou diminués en baignant l'œil malade dans de l'eau à la température de la glace.

On ne peut guérir un *staphylôme général de la cornée* que par l'opération, et pour celle-ci on doit donner à la méthode de Beer la préférence sur toutes les autres. Ce célèbre médecin-oculiste en a obtenu les plus grands avantages, car il était parvenu à faire disparaître la difformité, à faire cesser la douleur ainsi que tous les autres accidens, et à rendre possible l'application d'un œil artificiel. On prend un couteau à cataracte de Beer plus large que de coutume (pl. V, fig. 6), qu'on enfonce vers l'angle externe de l'œil et à la

base de la portion de cornée affectée de staphylôme, comme si l'on se proposait de faire l'extraction de la cataracte. On fait ensuite sortir la pointe de l'instrument vers l'angle interne, exactement dans le point opposé à celui par lequel il est entré, et on termine la section du lambeau en faisant glisser horizontalement l'instrument, comme on l'a indiqué pour l'extraction de la cataracte. L'aide, qui pendant tout ce temps tient la paupière supérieure relevée avec le doigt indicateur ou médius, ou avec le crochet d'argent de Richter, si le staphylôme est très-petit et que le malade s'agite beaucoup, ne doit pas laisser tomber la paupière lorsque la section est faite; car l'opérateur, saisissant aussitôt le lambeau du staphylôme avec une pince, doit en faire la résection en un seul coup, avec les ciseaux de Daviel, en ayant soin de ne pas exercer de pression sur le bulbe oculaire, afin d'éviter de provoquer la sortie du crystallin et du corps vitré. Après cette opération l'aide laisse retomber la paupière supérieure, qui ne doit plus être ouverte qu'après la guérison. Dans l'opération du staphylôme conique on ne peut jamais conserver le crystallin ni l'humeur vitrée, car la section se fait derrière le premier de ces corps. Il faut aussi, dans ce cas, saisir le staphylôme avec une airigne dès le commencement de l'opération, et la continuer comme nous venons de le dire.

Le pansement après la résection du staphylôme est simple, et consiste, comme après l'opération de la cataracte, en une bandelette de taffetas gommé, par dessus laquelle on applique une compresse qui ne doit pas être trop serrée. Il faut, en général, éviter toute pression et tout ce qui pourrait donner lieu à un spasme de la paupière, car on courrait le risque de voir le crystallin et le corps vitré s'échapper de l'œil. Le malade doit par conséquent garder la position horizontale pendant quelque temps après l'opération.

Enfin, lorsque la guérison est complète, on peut placer un œil artificiel, qui pourra en imposer d'autant mieux que

le crystallin et le corps vitré auront été conservés. Si l'œil est très-variqueux (surtout dans les staphylômes coniques), il survient souvent, dans l'espace de deux à six heures après l'opération, des hémorrhagies effrayantes et des tumeurs variqueuses qui poussent en avant la choroïde et la rétine. On peut faire cesser aussitôt l'hémorrhagie en coupant ces membranes, mais on perd par là l'avantage de conserver le moignon nécessaire pour l'application d'un œil d'émail.

STAPHYLÔME DE L'IRIS.

Procidence de l'iris (*Prolapsus*, *ptosis*, *staphyloma iridis*).

Cette maladie consiste en ce que l'iris s'introduit ou s'étrangle dans une ouverture survenue à la cornée, et devient visible à l'extérieur. Ces étranglemens de l'iris produisent d'abord une douleur semblable à celle qu'occasionerait une épine enfoncée dans l'œil; peu à peu cette douleur devient gravative, et finit par se faire sentir dans tout le globe oculaire. Il survient de la photophobie et un écoulement de larmes brûlantes, après quoi il se développe un état inflammatoire de l'œil si déjà il n'existait préalablement.

Le diagnostic est assez facile lorsque l'accident est récent, car non-seulement la cornée est douloureuse dans l'un de ses points qui présente la couleur de l'iris, on voit en même temps une difformité et un rétrécissement de la pupille, qui est déplacée vers la portion d'iris faisant hernie. Mais le diagnostic est plus difficile lorsque plus tard l'iris en procidence est devenu insensible, qu'il a contracté une adhérence intime avec la cornée, et que la portion faisant saillie au dehors a perdu sa couleur et a été recouverte par le feuillet de la conjonctive qui s'est prolongé jusque sur elle. Cependant, même dans ce cas, l'existence sur la cornée d'une saillie tuberculeuse entourée d'un large bord blanchâtre, et une pupille plus ou

moins déplacée et rétrécie, ne permettent pas de rester longtemps dans l'incertitude.

Pour des raisons qui sont faciles à comprendre, le prolapsus de l'iris se montre très-rarement au milieu de la cornée, mais toujours à une distance variable sur les côtés.

Ces affections de l'iris ont été désignées sous des noms différens, suivant leur étendue. Quand le staphylôme a le volume et la forme d'une tête de mouche on le nomme *myocéphalon*; s'il est, au contraire, aplati, peu élevé au dessus du niveau de la cornée, et que sa forme puisse être comparée à une tête de clou, on l'appelle *hylon, clavus* (1). Mais quand la cornée présente plusieurs ouvertures à travers lesquelles s'est échappé l'iris, cet accident constitue ce que l'on nomme *staphylôme en grappe, staphyloma racemosum.*

Les principales causes de cette maladie sont des ulcères pénétrans de la cornée consécutifs aux inflammations et les plaies par instrumens tranchans, comme celles qui résultent de l'opération de la cataracte par extraction, de l'ouverture d'un hypopion, etc.

Nous avons déjà indiqué, en parlant des plaies du globe de l'œil et de l'extraction de la cataracte, ce qu'il convient de faire pour remédier à cet accident lorsqu'il vient d'arriver.

Quand la procidence est déjà ancienne, que l'iris a contracté des adhérences intimes avec la cornée, et que l'œil ne présente pas d'état variqueux considérable, on fait disparaître cette petite tumeur incommode pour l'organe de la vue, en la touchant fréquemment avec la pierre infernale. Mais lorsque par la longue durée de la maladie l'iris faisant hernie est devenu insensible et s'est recouvert du feuillet de la conjonctive qui tapisse la cornée, on emploie le beurre d'antimoine, de la manière qui a été indiquée pour la guérison du staphylôme partiel de la cornée. Cependant, si le staphylôme est tout-à-fait insensible et dur, ou si un staphylôme invétéré de l'iris

(1) Planche IV, fig. 1.

ne tenait au bulbe oculaire que par un pédicule (1), l'ablation au moyen du bistouri doit être préférée à la cautérisation. Si l'œil se trouve dans un état variqueux, on ne peut et on ne doit faire usage que de l'instrument tranchant. Quelque heureux que soit le résultat de ce traitement des staphylômes de l'iris, l'œil malade conserve toujours une adhérence entre cette membrane et la cornée et par suite une pupille plus ou moins déplacée et rétrécie, avec une cicatrice d'étendue variable sur la dernière de ces membranes.

SYNÉCHIES ANTÉRIEURE ET POSTÉRIEURE.

Adhérence de la face antérieure de l'iris avec la cornée, et adhérence de la face postérieure de l'iris avec la capsule crystalline. Synechia anterior et synechia posterior (de συνέχω, *s'unir, se réunir*).

Cette affection est toujours la suite d'une inflammation pendant laquelle la capsule crystalline s'est trouvée en contact avec l'iris, lorsqu'il y a *synéchie postérieure*, tandis que s'il y a *synéchie antérieure*, le contact a eu lieu entre l'iris et la cornée.

On peut présumer d'après le mode d'origine de cette affection, que l'inflammation qui l'occasione peut quelquefois aussi laisser après elle d'autres altérations dans l'œil; c'est aussi ce qui arrive, car la synéchie postérieure est souvent accompagnée d'une cataracte lenticulaire ou capsulaire. Dans la synéchie antérieure, on observe toujours des cicatrices et des taies considérables, qui souvent rendent très-difficile le diagnostic de cette affection. Au reste, l'une et l'autre synéchies s'accompagnent fréquemment d'oblitération, de rétrécissement ou de dilatation de la pupille, quelquefois même d'amaurose, etc.

(1) Scarpa (l. c. , vol. II , p. 18) , et autres , parlent de ces sortes de staphylômes de l'iris.

La synéchie, en général, peut être totale ou partielle. Les synéchies antérieures totales s'observent conjointement avec les staphylômos généraux de la cornée. Les synéchies partielles accompagnent les staphylômes partiels de la cornée et ceux de l'iris. Il y a, en outre, des synéchies antérieures partielles qui ne sont compliquées d'aucune autre affection de l'œil. Nous allons commencer à examiner ces dernières adhérences, ordinairement très-bornées, de l'iris avec la cornée. Les synéchies antérieures, partielles et simples, sont presque toujours le résultat de plaies ou d'ulcères pénétrans de la cornée, parce que ce n'est que dans le cas de perforation de cette membrane, c'est-à-dire après l'écoulement de l'humeur aqueuse, que l'iris peut s'appliquer contre la cornée et contracter avec elle des adhérences plus ou moins étendues. Cette considération s'applique en général à toutes les synéchies antérieures qui ont peu d'étendue. Il arrive quelquefois cependant qu'il existe aussi des adhérences partielles de l'iris avec la cornée, sans que celle-ci ait été perforée, comme je l'ai vu une fois à la suite d'une légère inflammation de ces deux membranes. Dans ce cas la synéchie n'existait que sur le bord ciliaire de l'iris, elle ne troublait pas la vue quand l'inflammation fut dissipée, et on la reconnaissait à la paresse de l'iris, au déplacement à peine sensible de la pupille qui était un peu entraînée vers l'adhérence. Ordinairement il n'est pas plus difficile de reconnaître l'adhérence de l'iris avec un point de la cornée qui a éprouvé une lésion, car alors la pupille est plus ou moins déplacée vers une cicatrice de la cornée; et si on examine obliquement l'intérieur de l'œil, on voit assez souvent que l'iris est tiré en avant. Dans beaucoup de cas le diagnostic est très-difficile, surtout lorsque la taie de la cornée qui accompagne la synéchie antérieure est très-étendue, et se trouve devant la partie de la pupille qui est déplacée.

On a proposé, pour guérir ces sortes de synéchies antérieures, d'introduire à travers la cornée un couteau à cata-

racte, ou une aiguille à cataracte en forme de lance, et de diviser, avec beaucoup de précaution, l'adhérence de bas en haut, en évitant autant que possible l'écoulement prématuré de l'humenr aqueuse. Ce procédé ne doit être tenté que dans le cas où la vue étant très-restreinte, et la pupille irrégulière, son déplacement ou sa réduction peuvent faire espérer une amélioration considérable de cette fonction. Lorsque les synéchies antérieures n'apportent aucun obstacle à la vision, le parti le plus sage est de ne pas y toucher. Celles qui ont une étendue considérable, et qui existent depuis long-temps, sont incurables.

Synéchie postérieure. Cette synéchie peut être totale ou partielle. Elle est incurable, et toujours compliquée de cataracte dans le premier cas ; dans le second cas, au contraire, on peut quelquefois espérer sa guérison par l'emploi de médicamens externes et internes. Mais pour qu'une adhérence de l'iris soit susceptible d'être guérie, il faut nécessairement qu'elle ne consiste qu'en une exsudation lymphatique extrêmement fine, et comparable pour sa délicatesse à une toile d'araignée.

Ces adhérences légères ne sont pas toujours faciles à reconnaître; on trouve cependant, outre la faiblesse de la vue qui est constante, un iris incomplètement mobile et une pupille anguleuse; le plus souvent rétrécie, et qui est rendue plus anguleuse encore par l'instillation de l'extrait de belladone ou de jusquiame, parce qu'alors elle se dilate principalement dans les points où la face postérieure de l'iris n'est pas en rapport avec la capsule crystalline. En examinant avec une loupe la pupille ainsi artificiellement dilatée, on découvre une légère exsudation lymphatique, filamenteuse, grisâtre ou d'un gris-rougeâtre, qui établit une union pathologique entre l'iris et la capsule crystalline, et dans laquelle on observe quelquefois de petits vaisseaux sanguins.

Les principales causes de ces taanssudations lymphatiques filamenteuses dans la chambre postérieure de l'œil, sont des

ophthalmies syphilitiques et arthritiques. Mais les ophthalmites, et autres inflammations simples de l'œil, peuvent aussi donner lieu a des synéchies postérieures.

Le *pronostic* est favorable chez les sujets dont la constitution permet l'administration du mercure à l'extérieur et à l'intérieur ; il est cependant encore plus favorable si la loupe fait découvrir des vaisseaux sanguins dans ce tissu filamenteux ; car, comme il existe alors des rapports organiques entre lui et le reste de l'économie, l'absorption de cette fausse membrane est plus certaine et plus prompte. Le pronostic est fâcheux lorsque le malade ne peut pas supporter le mercure, comme cela a lieu surtout chez les sujets arthritiques.

D'après ce que nous avons dit, on doit apercevoir déjà en quoi consiste le traitement de cette affection. On applique sur l'œil une pommade formée d'axonge, de précipité rouge, et d'une petite proportion d'extrait de jusquiame ; cette dernière substance sert à dilater la pupille, et par conséquent à procurer le déchirement des filamens les moins résistans, ce qui a pour résultat de dégager davantage cette ouverture et d'améliorer la vue. On se trouve bien également de l'usage de l'onguent gris en friction au dessus des sourcils. Si l'œil ne peut supporter l'application des matières grasses, on les remplace, avec avantage, par une dissolution de deuto-chlorure de mercure unie à la teinture thébaïque.

On ne donne le mercure à l'intérieur que lorsqu'il se manifeste chez le malade une tendance particulière aux productions accidentelles, ou quand on observe des indices de syphilis. Il m'est cependant arrivé d'accélérer manifestement la guérison par l'usage à l'intérieur du calomel, dans des cas même où il n'existait aucun des signes que nous venons d'indiquer.

Le traitement de la synéchie postérieure compliquée de cataracte a été exposé en parlant de l'opération de la cataracte par extraction.

MALADIES QUI AFFECTENT LA TOTALITÉ DU BULBE OCULAIRE.

INFLAMMATION SIMPLE DE TOUT LE GLOBE DE L'ŒIL.

Ophthalmitis (de ὀφθαλμὸς, *œil*, *avec la terminaison* ιτις, *pour exprimer le mot inflammation*).

Symptômes de la première période. Au début cette terrible phlegmasie, le malade éprouve une douleur violente, gravative, accompagnée d'un sentiment de tension dans l'œil et les parties environnantes; on observe en même temps une rougeur de la sclérotique et de la conjonctive. Cette rougeur s'accroît de plus en plus, la conjonctive oculaire se tuméfie, et figure autour de la cornée une sorte de bourrelet uniforme, dur, extrêmement sensible, qui en peu de temps finit par s'élever au point de ne plus laisser voir que le centre de cette membrane. En même temps la pupille est resserrée, l'iris est roide, la vue est complètement ou partiellement détruite, la douleur est encore augmentée par le phénomène de la photopsie qui devient de plus en plus intense. L'iris, quand il était gris ou bleu, devient verdâtre; il prend au contraire une teinte rougeâtre si sa couleur était brune ou noire à l'état normal; l'œil se tuméfie et devient immobile; la cornée perd sa transparence et devient peu à peu opaque. Les paupières s'enflamment toujours de plus en plus, l'inférieure est renversée en dehors par la tumeur énorme que forme le globe de l'œil. La sécrétion lacrymale et muqueuse est complètement supprimée. Enfin, à tous ces symptômes vient se joindre une fièvre inflammatoire qui, chez les personnes débiles, est assez souvent accompagnée de délire.

Symptômes de la seconde période. La tumeur formée par la conjonctive oculaire s'accroît d'une manière frappante; elle prend une teinte rouge foncé, et se ramollit. La douleur com-

mence à devenir vague, pulsative et pongitive au moindre contact. La paupière supérieure est distendue par l'œil, dont le volume est augmenté, et prend une couleur violette. La partie encore visible de la cornée devient blanche d'abord, et ensuite jaunâtre (1); il se manifeste en même temps un sentiment de pesanteur et de froid dans l'orbite et dans l'œil lui-même; enfin la douleur tensive augmente de plus en plus. Si, à cette époque, on ne cherche par aucun moyen à combattre ces accidens, la rupture du globe oculaire s'effectue au milieu des douleurs les plus atroces, et en faisant entendre une sorte de craquement (*rhexis*, *rhegma oculi*), et il s'écoule du pus et du sang, mêlés de débris du crystallin et du corps vitré. Mais si malheureusement la maladie a été prise, dans la première période, pour une inflammation *asthénique*, et qu'elle ait été augmentée par une médication tonique, ou que le malade ne se soit pas abstenu pendant ce temps des boissons alcooliques, des alimens indigestes et du tabac, on voit le plus souvent survenir une gangrène effroyable qui, dans le cas où la maladie continue à être négligée, passe à l'état de sphacèle, et se termine par la mort.

Les causes de cette inflammation sont nombreuses, mais elle est surtout produite par les *coups de soleil*, par l'explosion de la poudre à tirer immédiatement devant les yeux, par le contact de la flamme sur la bulbe oculaire, etc.

Tant que la vue n'est pas abolie, et que le globe oculaire n'est pas tuméfié dans la première période, on peut raisonnablement espérer encore la résolution; il reste souvent alors une amblyopie qui dure plus ou moins long-temps. Mais si la vue est anéantie, la pupille presque fermée, et que le globe oculaire se tuméfie rapidement et à vue d'œil; alors il est tout au plus possible de sauver la forme de l'organe, la vue ne peut plus être rétablie, et il reste souvent même une oblitération parfaite de la pupille.

(1) Voyez la fig. 2, pl. IV, copiée d'après Beer.

Dans la seconde période, non-seulement on ne peut plus espérer le rétablissement de la vue, mais on ne peut même pas penser à conserver à l'œil une forme convenable s'il a été tuméfié. Si cet organe se rompt, il ne reste pas même un moignon assez volumineux pour permettre de placer un œil artificiel. Si la gangrène est survenue, il faut tout tenter pour s'opposer à ce qu'elle ne passe à l'état de sphacèle, qui serait suivi de la mort du sujet.

Il faut employer le traitement antiphlogistique dans toute son énergie pendant le premier stade, et ne pas considérer cette affection comme purement locale. On pratique des saignées générales, on applique des sangsues autour de l'œil, et on fait ensuite tout autour de la cornée, sur la conjonctive tuméfiée, des scarifications auxquelles on donne une direction rayonnée. Il ne faut pas négliger non plus les applications d'eau très-froide, que l'on continue pendant long-temps en les répétant fréquemment. Après les soustractions sanguines, on peut placer des sinapismes aux bras et des vésicatoires à la nuque. On fait prendre à l'intérieur de fortes doses de calomel, dont on doit augmenter l'action sur le canal intestinal par l'administration de mixtures laxatives. Si l'inflammation de l'œil se propage aux parties situées dans la cavité crânienne, il y a même nécessité d'ouvrir la veine jugulaire ou l'artère temporale (*).

Puisque le rétablissement de la vue n'est pas possible dans

(*) La disposition anatomique du système veineux de la tête et du cou permet de juger *a priori* des bons effets qui doivent résulter, dans cette dernière circonstance, de l'application de sangsues à la nuque. En jetant un coup d'œil sur la première livraison des *Recherches sur le système veineux*, récemment publiée par M. Breschet, il est facile de s'assurer des communications nombreuses et directes qui existent entre les sinus de la dure-mère et le lassis veineux qui rampe à la surface de la partie postérieure du cou. On peut donc, dans une circonstance aussi grave que celle dont il s'agit ici, avoir recours aux applications de sangsues à la nuque et en grande quantité, comme l'un des moyens les plus sûrs de dégorger très-rapidement le système veineux cérébral. (*N. d. Tr.*)

la seconde période, il faut favoriser la suppuration par l'application de cataplasmes émolliens, qu'on doit avoir soin de ne jamais laisser refroidir sur l'œil. On administre en même temps des médicamens toniques dans le but de soutenir les forces et la suppuration, comme le quinquina, le calamus aromaticus, la valériane, etc., avec des éthers et autres moyens de même nature. S'il se montre quelque part un point de suppuration, on doit l'ouvrir avec une lancette, et donner issue au pus. En se conduisant ainsi, on réussit le plus souvent à conserver des débris du globe oculaire assez volumineux pour permettre d'y adapter, au bout de quelques mois, un œil artificiel mobile. Si on a fait une incision dans les membranes externes de l'œil, au moment où elles étaient sur le point de se rompre, et qu'on ait traité la suppuration comme dans le cas précédent, on peut au moins appliquer plus tard un œil artificiel immobile. Si l'œil s'est ouvert de lui-même, la forme n'en peut plus être conservée; tout ce qu'on peut faire alors se réduit à borner, par les moyens généraux et locaux déjà mentionnés plusieurs fois, la suppuration sanieuse de mauvaise nature qui peut déjà exister. Si la gangrène s'est emparée de l'œil, le meilleur moyen de l'empêcher de passer à l'état de sphacèle consiste à faire des applications de décoction de quinquina concentrée, avec la thériaque, le baume du Pérou et la teinture thébaïque, et à donner à l'intérieur une forte décoction de quinquina avec des éthers, et autres moyens déjà indiqués (*).

ATROPHIE DU GLOBE DE L'ŒIL.

Aridura, *atrophia bulbi* (*α privatif, et τρέφω, nourrir*).

Le globe de l'œil peut s'atrophier, c'est-à-dire diminuer de volume de différentes manières. Il peut deve-

(*) Cette thérapeutique, qui consiste à employer les stimulans à l'extérieur et à l'intérieur dans des circonstances aussi graves, serait loin de recevoir l'assentiment des médecins français qui l'ont depuis long-temps

nir moins volumineux après une perte de l'humeur vitrée ou de l'humeur aqueuse, d'où il résulte toujours un état de flaccidité de la cornée (*corrugatio corneæ*), qui disparaît lorsque l'ouverture qui a donné issue à ces fluides s'étant fermée, l'humeur aqueuse se reproduit. De même une inflammation de l'œil suivie de suppuration, peut amener une diminution du volume de cet organe; on l'appelle phthisie du bulbe oculaire. Mais si la cornée seule a été rapetissée et détruite par la suppuration, on dit que c'est une *phthisie de la cornée*. Nous nous sommes déjà occupé de ces suppurations en parlant des phlegmasies qui les occasionent, telles que l'ophthalmite simple, etc. Mais ces espèces de diminution de volume de l'œil ne doivent pas être considérées comme étant toujours une atrophie. En effet, on entend par le mot *atrophie*, un état particulier du globe oculaire dans lequel l'absorption devient prédominante, sans qu'il y ait aucune trace de suppuration. Quand cette prédominance de l'absorption a lieu, ce n'est pas seulement la totalité du globe de l'œil qui diminue de volume, mais encore toutes les parties qui entrent dans sa composition; cet organe se retire de plus en plus dans le fond de l'orbite, et se montre enfin sous forme d'une petite masse sillonnée, blanchâtre, ou plutôt d'un blanc-jaunâtre, sale, qui finit par ne plus diminuer, et continue à exister à

abandonnée. Une telle pratique, en effet, loin de borner les progrès de la gangrène, augmenterait au contraire l'inflammation des parties qui ne sont pas encore désorganisées, et tendrait à les faire tomber à leur tour en mortification; aussi la conduite la plus prudente à tenir, nous disons plus, la seule qui soit rationnelle, consiste à se borner à l'emploi des moyens antiphlogistiques locaux et généraux, proportionnés aux forces et à l'état du malade. Toute l'attention de l'homme de l'art doit être concentrée sur les organes les plus importans à la vie et spécialement sur le cerveau, comme étant le plus voisin et le plus directement lié à l'œil enflammé. L'ingestion des stimulans recommandés par notre auteur n'aurait d'autre résultat que d'occasioner une phlegmasie du canal digestif, dont la réaction sympathique sur le cerveau augmenterait les chances d'inflammation de cet organe. (*N. d. Tr.*)

cet état, en offrant encore des traces distinctes de son ancienne organisation; on y reconnaît encore un iris sans pupille, etc. (1).

L'atrophie de l'œil est très-souvent la suite d'une ophthalmie arthritique; il est rare de la voir survenir après des ophthalmies scrophuleuses générales.

Lorsque l'atrophie ne porte que sur la cornée, comme cela peut arriver à la suite des ulcères pénétrans de cette membrane, accompagnés d'un écoulement chronique de l'humeur aqueuse, et dans les cas de coloboma, de lagophthalmie, d'entropion, etc., le feuillet de la conjonctive meurt, la cornée devient sèche, salc, perd enfin de sa transparence et de sa convexité, se rapetisse et offre cet état pathologique que l'on nomme raccornissement de la cornée, *atrophia corneæ*, *rutidosis*, *rhytidosis*, et qu'il faut soigneusement distinguer de l'état de flaccidité dont nous avons parlé sous le nom de *corrugatio corneæ*.

Le pronostic de la *phthisie* et de l'*atrophie* du globe oculaire et de la *cornée* est très-fâcheux; car ces affections sont incurables. Cependant l'atrophie du globe de l'œil, consécutive à une ophthalmie arthritique, qui n'est pas encore tout-à-fait développée, peut être arrêtée dans sa marche lorsqu'on oppose les moyens convenables à l'affection arthritique.

Le traitement de cette maladie ne peut être que palliatif, et consiste dans l'application d'un œil artificiel (*hypoblepharon*, *oculus artificialis*), qui cache au moins la hideuse difformité du bulbe atrophié. Cependant dans une véritable atrophie de l'œil on ne peut pas même avoir recours à ce moyen, parce qu'il est impossible au malade de le supporter, et que le bulbe, déjà considérablement diminué, s'atrophie encore davantage par suite de l'irritation continue qu'occasione sur lui le contact de l'œil artificiel.

En général, les yeux artificiels ne peuvent être placés avec

(1) La figure 3 de la pl. IV représente un bulbe atrophié, mais qui doit encore continuer à diminuer de plus en plus.

quelque succès que dans le cas où le moignon est encore assez volumineux, lorsqu'il n'y a plus de douleur, d'inflammation ni de suppuration, et que ces accidens ont disparu depuis longtemps. Les suppurations surtout doivent avoir cessé depuis au moins trois mois, avant qu'on puisse songer à l'introduction d'un œil artificiel; aussi beaucoup de médecins, Beer, Boyer (*Traité des maladies chirurgicales*, tom. V, pag. 618), par exemple, font-ils la remarque fort judicieuse qu'on ne peut commencer à faire usage de l'œil d'émail que lorsque la cicatrisation est parfaite. L'introduction d'un œil artificiel est de peu d'utilité après l'extirpation de l'organe de la vue; elle ne sert pas à grand'chose non plus lorsque le crystallin et l'humeur vitrée ont été détruits ou expulsés, et en général dans tous les cas où il ne reste du globe oculaire qu'un petit tubercule privé de mouvemens. Toujours alors l'œil artificiel sera immobile, et on n'aura pas atteint le but qu'on se propose. Moins le bulbe aura perdu de substance, et plus facilement on pourra adapter l'œil artificiel, mieux aussi celui-ci exécutera tous les mouvemens de l'œil sain, et par conséquent l'illusion sera plus complète.

Il est vrai de dire en général, avec Hazard-Mirault (1), qu'on ne doit pas entreprendre d'opération particulière pour l'application d'un œil artificiel; que souvent la maladie de l'œil exige déjà par elle-même l'opération, comme par exemple dans les cas de staphylômes volumineux : on ne peut pas nier cependant qu'il n'y ait des cas où l'on soit obligé d'opérer, si l'on veut absolument placer un œil d'émail, et que par conséquent cette opération, sans cette circonstance, n'aurait pas été nécessaire.

Les yeux artificiels dont on fait usage aujourd'hui ont la forme de petites capsules convexes, dont la face concave est tournée vers le fond de l'orbite. Sur la face convexe se trouvent représentés la sclérotique et le petit nombre de vaisseaux visibles dans la conjonctive, l'iris avec une pupille de dia-

(1) *Traité pratique de l'œil artificiel.* Paris, 1818, p. 50.

mètre moyen, la cornée, et enfin la chambre antérieure qui fait une illusion complète. Ces yeux sont confectionnés, soit en verre, soit en émail, ou bien ils sont faits de l'or le plus fin et émaillés ensuite. On trouve les plus beaux yeux artificiels à Paris, chez HAZARD-MIRAULT, *membre de l'athénée des sciences, etc., rue Sainte-Apolline, n°* 2; et chez DESJARDINS, *artiste de la faculté de médecine, rue Traversière-Saint-Honoré, n°* 20, *près le passage Saint-Guillaume.* Le prix des yeux en émail, tout faits, est d'environ 25 francs, celui des yeux que l'on confectionne par commande et sur modèle, est de 50 francs.

On fabrique aussi des yeux artificiels de verre à Venise, mais ils sont en général moins bien conditionnés; aussi ne les vend-on, sur place, que 8 à 12 francs.

Quoique les yeux en verre aient l'inconvénient d'être fragiles, ils peuvent néanmoins, aussi bien que ceux en or, être rognés sur les bords s'ils étaient trop volumineux; seulement il faut pour cela beaucoup d'adresse et de précaution. La différence de poids entre ces deux espèces d'yeux n'est pas considérable; ceux en verre pèsent de vingt à trente grains; ceux en or et émaillés, de trente-cinq à quarante-cinq grains. Les yeux de la dernière espèce que j'ai fait fabriquer jusqu'ici, ne pesaient jamais au-delà de quarante grains. Plus l'œil artificiel est léger, plus il est commode pour le malade. Des yeux en or qui pèseraient jusqu'à deux gros, poids que leur accorde BERNSTEIN, dans son *Exposition systématique des appareils*, page 187, seraient une cause continuelle de tourment pour ceux qui les porteraient.

Les personnes dont l'œil sain est très-saillant, ont en général besoin d'un œil artificiel plus arrondi; celles au contraire, dont l'œil sain est situé profondément dans l'orbite, ou chez qui les bords des paupières sont fort rapprochés, réclament un œil artificiel d'une forme plus aplatie et plus alongée.

Quand on veut faire fabriquer un œil artificiel, il faut en-

voyer à l'artiste, non-seulement le portrait ou l'image exacte de l'œil sain, mais encore les différentes dimensions prises sous les paupières, pour que l'œil artificiel ne soit ni trop grand, ni trop petit. Ce qu'il y a de mieux à faire, à cet effet, est de faire confectionner, par un émailleur ou un bijoutier habile, une petite capsule convexe en plomb, ayant exactement les dimensions et la convexité de l'œil sain. Ce modèle en plomb et le portrait de l'œil sain peuvent alors être envoyés à l'artiste, qui d'après cela fait un œil en or émaillé. En général il faut que l'œil artificiel soit un peu plus petit; il est rare qu'il ait besoin d'être plus volumineux que l'œil sain. On doit avoir égard à cette circonstance, surtout lorsque c'est le premier œil artificiel que le malade doit porter; car il ne doit exercer aucune pression ni sur le moignon du bulbe, ni sur les paupières; ce n'est que peu à peu que l'on peut en augmenter le volume. Du reste il ne suffit pas que les yeux en émail soient légers et ressemblent exactement à l'œil sain, ils doivent en outre être lisses, unis comme du verre, et avoir un aspect humide.

La cornée de l'œil artificiel doit naturellement être placée de telle sorte que la distance entre son bord externe et la commissure extérieure des paupières soit la plus grande, que par conséquent la cornée se trouve dans l'axe de la vision; de même l'espace compris entre le bord supérieur de la cornée et le bord de l'œil artificiel doit être beaucoup plus grand que l'inférieur.

Pour introduire l'œil artificiel, on procède de la manière suivante : après avoir éloigné du bulbe oculaire la paupière inférieure, à l'aide du doigt indicateur, on glisse l'œil par son bord supérieur, qui est le plus large, aussi haut que possible, sous la paupière supérieure, et on abandonne ensuite la paupière inférieure. Si au bout de quelque temps la présence de ce corps étranger occasione des douleurs, et que la paupière devienne rouge, il faut le retirer et préparer le moignon du bulbe et les parties environnantes à supporter cette irritation

nouvelle. On y réussit ordinairement par l'application continue d'eau froide, soit pure, soit aiguisée d'un peu d'alun, d'alcool, etc. Si l'œil artificiel cause des douleurs parce qu'il offre des inégalités, il faut les enlever avec la lime. Cependant nous devons faire remarquer qu'il est très-rare que les yeux artificiels soient facilement supportés dès le commencement. Lorsque le moignon du bulbe est très-petit, que par conséquent l'œil artificiel n'est pas solide, on en peut remplir la concavité avec une plus ou moins grande quantité de cire, selon qu'il en est besoin. La meilleure manière d'ôter un œil artificiel consiste à glisser la tête d'une épingle sous son bord inférieur, à le presser ainsi peu à peu dans sa partie inférieure, jusqu'à ce qu'il tombe hors des paupières. Il doit être retiré tous les soirs, afin que le mucus amassé sous les paupières, et qui est souvent âcre dans les temps chauds, puisse être enlevé, et pour empêcher que l'œil d'émail ne soit entamé ou brisé pendant la nuit.

Les yeux d'émail sont souvent corrodés par les mouvemens continuels des paupières, peut-être aussi par l'action du mucus sécrété par elles et par l'intérieur de l'orbite; ils deviennent alors rugueux, et perdent leur poli et leur éclat; cela arrive quelquefois au bout de trois à quatre, ou même de huit à dix mois. Il faut alors les changer, non-seulement parce que leur aspect n'est plus aussi satisfaisant, mais parce que les points rugueux de leur surface irritent les paupières, et y occasionent de la rougeur.

Il existe souvent dans l'orbite, à côté du moignon du bulbe, des végétations charnues, etc., qui empêchent l'introduction d'un œil artificiel ordinaire; il faut chercher alors à adapter sa forme à ces excroissances, avec la lime, ou détruire celles-ci par les moyens de l'art, si toutefois cela est possible.

Dans les cas où les paupières même ont été détruites, on a cherché à les remplacer par des appareils en acier ou en

bois (1); cependant cet artifice ne réussit jamais bien; il vaut mieux porter un bandage de soie noire pour cacher cette hideuse difformité.

ÉTAT VARIQUEUX GÉNÉRAL DE L'ŒIL.

Cirsophthalmie, varicositas oculi universalis, cirsophthalmia, (de κιρσὸς, varice, et ὀφθαλμὸς œil), telangiectasia oculi.

L'œil affecté de cirsophthalmie est absolument frappé de cécité, il ne peut même permettre la plus légère perception de la lumière, quoiqu'il soit le siége de la sensation d'éclairs de différentes couleurs ; le bulbe présente un aspect particulier qui frappe tout le monde; il est très-dur, conique, et son volume est sensiblement augmenté, au point que souvent les paupières ne peuvent plus le recouvrir en entier; il offre une teinte bleuâtre sale, presque couleur de plomb; la conjonctive et la sclérotique sont remplies de vaisseaux variqueux contenant du sang noir; cette dernière membrane présente quelquefois, dans ses points les plus minces, de petites tumeurs bleuâtres qui sont uniquement formées par les varices les plus volumineuses de la choroïde qui se trouvent immédiatement sous la sclérotique (2). La cornée est obscurcie, staphylomateuse, ou transparente, mais d'un aspect mat-

(1) Cette invention remonte à la plus haute antiquité. Les Grecs donnaient à ces yeux artificiels le nom d'*ecblephari*. Ils consistaient en une lame d'acier revêtue d'une peau fine, sur laquelle on avait peint des paupières et un œil. Cette lame recouvrant l'orbite était fixée au moyen de deux bras en acier recourbés en arrière.

(2) L'aspect bleu-sale que présente la sclérotique autour de la cornée est le résultat de l'amincissement de la première de ces membranes, à travers laquelle paraît la choroïde gorgée de sang noir. Cette couleur bleu-sale est plus prononcée autour de la cornée, parce que la sclérotique est plus mince dans cet endroit.

Tous les mouvemens du bulbe s'exécutent avec lenteur ; la pupille, si elle n'a pas été oblitérée par une inflammation, est très-dilatée, anguleuse et distinctement opaque dans le fond : en même temps l'iris n'offre aucune trace de mobilité. Si on dissèque un œil qui se présente dans ces conditions, on trouve la sclérotique amincie, çà et là adhérente à la choroïde; celle-ci est variqueuse; la partie de la rétine qui est en contact avec des tumeurs variqueuses est également amincie ou manque totalement; l'humeur vitrée est plus fluide, et le plus souvent d'une opacité brunâtre, le crystallin est d'un jaune sale, et en général toutes les parties qui entrent dans la composition de l'œil sont altérées sous le rapport de leur volume et de leurs propriétés.

Une ophthalmie arthritique négligée, ou qui récidive souvent, surtout chez des sujets qui ont de l'embonpoint, produit plus volontiers cette maladie qui se complique plus tard de glaucôme et de cataracte glaucomateuse.

Si l'on abandonne complètement un œil affecté de cette maladie, il peut rester long-temps sans qu'il y ait augmentation des accidens; car, quoiqu'il commence à être affecté d'atrophie, les altérations les plus graves ne surviennent pas aussi promptement. Mais si l'on traite cette affection par des substances âcres et caustiques, ou en général par des moyens qui occasionent beaucoup d'irritation dans l'organe, la maladie s'aggrave promptement, les vaisseaux variqueux les plus volumineux se rompent, d'où résultent souvent des extravasations de sang dans les chambres de l'œil ; cet organe peut même se déchirer et donner lieu à une hémorrhagie considérable ; il peut encore passer à la dégénérescence carcinomateuse qui se termine ensuite plus tôt ou plus tard par la mort. Ces exacerbations sont encore plus promptes à s'établir après des contusions ou des blessures qui intéressent l'œil malade.

SQUIRRHE ET CANCER DU GLOBE DE L'ŒIL.

Scirrhus et carcinoma bulbi.

De même que le cancer proprement dit est toujours la suite d'un squirrhe, de même aussi le vrai carcinôme du bulbe oculaire semble toujours être précédé d'une induration de mauvais caractère de cet organe.

Ces indurations de mauvais caractère ou squirrhes du globe de l'œil, qui le rendent impropre à la vision, se manifestent par une tuméfaction inégale, bosselée, et très-dure de tout le bulbe oculaire, par un sentiment de pesanteur dans cet organe, par une couleur d'un blanc-rougeâtre, et l'absence de douleur et de fièvre. En même temps il se développe à la surface de l'œil des vaisseaux variqueux d'un violet foncé; mais peu à peu, lorsque le squirrhe passe à l'état de cancer, les membranes qui entrent dans la composition de cet organe deviennent épaisses, comme charnues; déjà avant cette altération est le siége de douleurs pongitives, déchirantes, piquantes et brûlantes, qui se propagent au loin dans la tête et sont rarement calmées par l'opium. Enfin le bulbe dégénère en une masse informe, qui ne conserve plus la moindre trace de son ancienne organisation; il a quelquefois l'aspect d'un morceau de chaire dure; son volume grossit alors de plus en plus, la fièvre hectique se déclare, et enfin il se rompt au milieu de douleurs atroces, et il se forme un ou plusieurs ulcères cancéreux. Il n'est pas rare de voir les vaisseaux variqueux occasioner de fortes hémorrhagies qui calment, à la vérité, les douleurs, mais qui souvent aussi occasionent la mort. En même temps les ulcères cancéreux, à fond inégal et verruqueux, et à bords renversés, durs et plombés, sécrètent une matière sanieuse d'une odeur repoussante; quelquefois les pau-

pières, surtout la supérieure, sont rouges, douloureuses, et leurs vaisseaux variqueux. Il existe dans quelques cas, dès le commencement, des ulcères sanieux qui ont leur siége à la partie antérieure du bulbe, qui finissent par détruire la cornée et l'iris, attaquent le périoste de l'orbite, occasionent facilement la carie, se recouvrent et s'entourent de végétations fongueuses.

Le carcinôme n'affecte le plus souvent qu'un œil; cependant si la maladie est négligée, l'autre œil est quelquefois aussi pris de la même dégénération.

Le squirrhe et par suite le cancer du globe de l'œil peuvent succéder à toutes sortes d'ophthalmies, surtout à celles qui ont un caractère scrophuleux ou d'une autre nature, et que l'on traite par des irritans ou des astringens trop énergiques. Tant que l'état squirrheux du bulbe subsiste comme affection locale, le pronostic ne semble pas devoir être grave; mais si des squirrhes survenus sur d'autres points du corps indiquent une disposition cancéreuse plus générale, si des douleurs pongitives se déclarent dans le bulbe oculaire, le pronostic est extrêmement fâcheux, ou au moins très-incertain; car à la moindre cause occasionelle il s'établit dans l'œil squirrheux un cancer latent qui, tôt ou tard, passe à l'état d'ulcère cancéreux, et emporte le malade au milieu des souffrances les plus atroces. Il est très-rare de voir le squirrhe de l'œil être une maladie locale; car il est dû le plus souvent à des affections dyscrasiques chez des sujets cachectiques; dans ce cas même l'extirpation, qui est l'unique moyen curatif, échoue très-souvent, ce qui rend le pronostic extrêmement incertain.

L'extirpation d'un œil squirrheux n'est indiquée, d'après Beer, que lorsque l'induration n'est pas compliquée d'affection dyscrasique et cachectique, quand le bulbe oculaire peut être mû encore avec assez de liberté dans l'orbite, quand il ne devient douloureux intérieurement qu'à la suite de l'action d'une cause externe, par exemple d'un coup ou de tout au-

tre lésion, et que l'on voit se manifester les symptômes qui annoncent l'invasion d'un cancer d'abord occulte et qui plus tard devient évident. Mais si le squirrhe affecte des sujets cachectiques et dyscrasiques, avancés en âge, et qu'un cancer occulte ou évident tende à se développer avec les phénomènes indiqués, que le bulbe soit déjà immobile, et que par conséquent l'induration se soit communiquée aux autres parties qui environnent le globe de l'œil, alors il est plus fréquent de voir l'opération échouer.

Lorsque le carcinôme de l'œil existe déjà, on ne peut que porter un pronostic très-fâcheux; il est est le plus grave possible quand les os de l'orbite sont désorganisés, quand les ganglions lymphatiques du cou sont engorgés, etc. Lorsque le carcinôme a déjà occasioné le développement d'une fièvre hectique accompagnée de sueurs et de diarrhée colliquatives, quand les vaisseaux variqueux donnent lieu à des hémorrhagies fréquentes, alors l'opération est absolument inutile, car le malade succombe pendant ces hémorrhagies ou peu de temps après. Les médicamens externes et internes sont, d'après les observations des meilleurs praticiens, tout-à-fait impuissans, soit contre le carcinôme, soit contre le simple squirrhe.

Il faut distinguer du vrai cancer de l'œil, que nous venons de décrire, les ulcères du bulbe oculaire succédant à des excroissances fongueuses de la conjonctive oculaire, qui ne sont pas rares dans la partie de cette membrane qui tapisse la sclérotique, ou à la face antérieure du globe de l'œil en général. Elles saignent facilement, sont lobées, sans fièvre, consistent en tumeurs isolées, molles, inégales, indolentes, d'un rouge pâle, qui peu à peu cachent la cornée, se communiquent rarement à cette membrane, mais y déterminent néanmoins quelquefois une espèce de *pannus*. Ces excroissances, quand on les néglige, augmentent graduellement, finissent par n'être plus cachées par les paupières, et se recouvrent alors, parce qu'elles sont plus exposées aux agens extérieurs, d'une

croûte brunâtre, ridée et dure ; quand on détache cette croûte après l'avoir ramollie avec de l'eau tiède, et que l'on éloigne un peu de la cornée les lobes fougueux, on trouve cette membrane le plus souvent intacte. En ramollissant ainsi cette croûte on occasionc facilement des hémorrhagies violentes, après lesquelles les excroissances paraissent considérablement diminuées, mais ne tardent pas à reprendre leur ancien volume.

La plupart de ces sarcômes sont d'abord de bonne nature ; mais lorsqu'ils sont négligés ou traités d'une manière peu convenable, ou quand ils reconnaissent pour cause des diathèses scrophuleuse, syphilitique, arthritique et autres, ils se montrent souvent très-rebelles, prennent un mauvais caractère, repullulent après avoir été emportés par l'instrument tranchant ou les caustiques, et déterminent des ulcères qui méritent souvent le nom de cancéreux (*ulcus carcinodes*) : dans ce dernier cas, les excroissances, qui précédemment étaient molles, fongueuses et de bonne nature, sont devenues rigides, dures, verruqueuses et squirrheuses sous tous les rapports.

On voit se développer facilement de semblables végétations de mauvaise nature qui succèdent aux ophthalmies blennorrhoïques et autres analogues qui ont été mal traitées, comme, par exemple, à la suite de l'application trop longtemps continuée et trop fréquemment répétée de cataplasmes émolliens chauds, surtout chez des sujets dont la fibre est lâche. Ces végétations peuvent souvent être détruites, dès leur première apparition, par l'application d'une poudre composée d'alun calciné, de sulfate de zinc et de sucre blanc (voy. *Encanthis*), ou par l'usage prudent de la pierre infernale ; ou bien encore, si les excroissances marchent plus lentement, par le beurre d'antimoine. Si, au contraire, les végétations fongueuses sont plus développées, si elles cachent la cornée, et ne peuvent plus être recouvertes par les paupières, ou enfin si elles sont trop sensibles pour céder aux caustiques, on doit les saisir avec une airigne ou une

pince, et en faire la section vers la base à l'aide d'un bistouri ordinaire. Pendant cette opération Beer fait verser continuellement de l'eau froide sur l'œil pour que le sang qui s'écoule en grande quantité ne l'empêche pas d'agir. On détruit ensuite ce qui reste de végétations par le moyen des caustiques que nous venons d'indiquer, dont l'action tend aussi à prévenir la reproduction des excroissances.

Lorsque chez des sujets débiles ces végétations fongueuses sont dues à des affections dyscrasiques et cachectiques, lorsqu'elles s'endurcissent et résistent même après que la maladie scrophuleuse, syphilitique, etc., a été combattue, lorsqu'enfin elles deviennent cancéreuses, en s'accompagnant des phénomènes que nous avons énumérés, elles ne tardent pas à désorganiser le bulbe oculaire. Il faut, par conséquent, recourir de bonne heure à l'extirpation de cet organe, qui est ici, d'après le résultat d'un grand nombre d'observations, beaucoup plus heureuse que dans les cas où le cancer a succédé à un véritable squirrhe.

On voit quelquefois des ulcères cancéreux naître de petits tubercules verruqueux, isolés, très-douloureux, d'un rouge foncé, qui ont leur siége sur la conjonctive de la cornée et de la sclérotique (*carunculæ malignæ, rebelles*). Si on abandonne ces ulcères cancéreux à eux-mêmes ou qu'on les traite mal, l'œil est peu à peu détruit, et toute la cavité de l'orbite se montre quelquefois à découvert, tapissée de fongosités plus ou moins volumineuses. Je n'ai pas besoin de dire qu'ici l'extirpation doit aussi être pratiquée de bonne heure, si l'on veut obtenir d'heureux résultats, et surtout s'il a été reconnu que la maladie est purement locale. La simple excision de l'ulcère, sans l'extirpation totale du globe de l'œil, qui est conseillée par plusieurs chirurgiens, par qui elle a été exécutée avec succès, est toujours incertaine.

Si donc on a encore l'espoir de sauver le malade par l'extirpation de l'œil, on pratique cette opération fort douloureuse, suivant la méthode de Beer que nous allons dé-

crire. L'opérateur saisit le globe de l'œil à l'aide d'une airigne, et le fixe en haut; faisant ensuite abaisser la paupière inférieure par un aide, il la sépare du bulbe par une incision (1) faite avec un bistouri ordinaire, et il fait pénétrer promptement et avec précaution les ciseaux de Ludwig derrière l'œil. Arrivé au fond de l'orbite, l'opérateur cherche à diviser par de grands coups de ciseaux (2) les divers points d'adhérence de l'œil, et surtout à couper rapidement le nerf optique; cela fait, il attire cet organe à lui (ce dont il faut bien se garder auparavant) et termine l'ablation. Deux aides doivent être chargés de verser continuellement de l'eau sur l'œil pendant l'opération, pour que le sang ne soit pas un obstacle pour l'opérateur. L'œil étant enlevé, on introduit le petit doigt enduit d'huile d'amandes dans l'orbite, on explore avec soin cette cavité, surtout dans la région de la glande lacrymale, et on fait l'excision des parties suspectes.

Quand l'opération est achevée, on ferme la fente palpébrale avec un emplâtre de taffetas gommé, de la largeur environ de trois lignes, on applique par dessus une compresse de linge pliée en quatre doubles, et on couche le malade. La suppuration et les bourgeons charnus doivent être dirigés d'après les règles ordinaires de la chirurgie.

Il n'est guère possible de faire usage d'un œil artificiel après l'extirpation, car ces yeux (lors même qu'on leur donne une forme conique en arrière pour occuper l'espace vide de l'orbite qui est rarement rempli en entier par les bourgeons charnus), restent toujours immobiles et sont

(1) Lorsque le bulbe est volumineux et tuméfié et que les paupières sont également augmentées de grosseur, au point qu'au lieu d'être mobiles elles sont tendues et appliquées fixement sur l'œil de manière à ce que l'espace manque pour opérer, il faut commencer par diviser suffisamment leur commissure externe avec un bistouri.

(2) Il ne faut ordinairement que six à huit coups de ciseaux pour extirper entièrement le globe de l'œil.

en partie recouverts par la paupière supérieure, lâche et ridée, en sorte qu'il est préférable de porter un bandeau sur l'œil.

Mais si après l'extirpation, les végétations, les ulcères et les douleurs atroces reparaissent, il ne reste d'autre ressource que les moyens propres à pallier celles-ci et à les rendre plus supportables : de ce nombre sont les fomentations avec les décoctions de ciguë, de têtes de pavot, de jusquiame, auxquelles on ajoute l'acétate de plomb et l'opium; les infusions de feuilles de laurier-cerise, de ciguë officiuale (*conium maculatum*) des cataplasmes de graine de lin, de carottes fraîchement broyées ou râpées, etc. On donne également à l'intérieur la ciguë, l'opium, le quinquina et on emploie d'autres moyens analogues, en ayant soin d'entretenir la liberté du ventre.

OSSIFICATION DU GLOBE DE L'ŒIL.

Ossificatio oculi partium.

Il paraît que l'œil peut être le siége de toutes les altérations de tissu qui affectent quelquefois les autres parties du corps. On trouve par conséquent aussi, dans quelques cas des ossifications ou des concrétions calculeuses dans cet organe. Ainsi on a observé des ossifications de la *sclérotique*, de la *choroïde*, soit isolées, soit compliquées d'altérations semblables d'autres parties de l'œil. On a vu l'*iris*, la *rétine*, le *nerf optique* et même le *corps vitré* être dans un état d'induration ostéo-pétrée ; on a encore trouvé le globe de l'œil entièrement transformé en une matière osseuse.

Morgagni et Haller ont rencontré des lamelles osseuses entre la choroïde et la rétine. Morand a décrit un crystallin opaque, dur comme de la pierre, qui coexistait avec une ossification du corps vitré. Pellier de Quengsy, Janin, Haller, Zinn, etc., ont également observé des crystallins

ossifiés. Wardrop et Walther rapportent des cas d'ossifications de la cornée. Enfin on a aussi trouvé une masse calcaire dans les conduits lacrymaux et la caroncule lacrymale.

Plusieurs autres cas rares de ce genre ont été décrits par Haller (*Observ. patolog. in oper. minor.*), Morgagni (*de sedibus et causis morborum*), Pellier (*Recueil de mémoires et d'observations sur l'œil, etc.*), Morand (*Mémoires de l'Académie royale des sciences*, 1730), Scarpa (*l. c.*, vol. II) et autres; ce dernier a même donné la figure d'une désorganisation semblable.

DIMINUTION OU AUGMENTATION CONGÉNIALE DU NOMBRE DES YEUX.

On a vu des cas dans lesquels des enfans nouveau-nés n'avaient qu'un œil, et d'autres (ce sont les plus fréquens) où ils en étaient complètement privés (1) avec ou sans absence de l'orbite. On a vu quelquefois deux, trois et jusqu'à quatre yeux dans une même cavité orbitaire. Le siége des yeux n'était pas toujours le même; tantôt ils se trouvaient à leur place naturelle, tantôt sur d'autres points, comme par exemple, à l'occiput, sur les épaules, la poitrine; Schenk rapporte même (dans ses *Observ.*, *lib.* I) qu'on en a trouvé sur les cuisses (2).

Parmi les auteurs modernes, Adam Smidt (3) rapporte le cas d'un enfant privé d'yeux qui vécut six semaines. En faisant l'ouverture du cadavre, il ne trouva dans l'orbite que la glande lacrymale, la troisième paire de nerfs encéphalique, la première branche de la cinquième paire,

(1) Voyez *Acta eruditor.*, *Lips.*, 1726. *Mens. mart.*

(2) Sybel. dans sa *Dissert. inaug. de quibusdam materiæ et formæ oculi aberrationibus à statu normali*, *Halæ*, 1799, et dans Reil's *Archiv für die Physiologie*, 5 B. 1 H. a recueilli beaucoup de cas de ce genre.

(3) *Ophthalm. Biblioth. von* Himly *und* Ad. Schmidt, 3 B. 1 H., p. 170.

et l'artère ophthalmique; le nerf optique manquait totalement, et le trou qui lui donne ordinairement passage était oblitéré, ou plutôt n'existait pas. On lit dans le même volume de ce journal, l'histoire d'un cas semblable observé par MALACARNE; l'enfant qui en était le sujet vécut deux mois; il n'y avait dans l'orbite que la glande et la caroncule lacrymales, les paupières et les voies des larmes.

On prétend aussi avoir trouvé des yeux qui manquaient de quelques-unes des parties qui entrent dans leur composition, l'iris, par exemple. BARATTA (l. c., vol. II, p. 349) parle d'un jeune homme de vingt-deux ans qui n'avait pas d'iris. Le docteur MORISON a observé un enfant dont les yeux étaient privés de cette membrane; il est cependant plus vraisemblable que ce n'était qu'un *mydriasis* porté très-loin, comme le pensèrent les médecins-rapporteurs. En général, les observations dans lesquelles on prétend avoir trouvé des yeux sans iris, sont encore fort incomplètes, et ne sont pas assez convaincantes (1).

(1) Je vais rapporter ici, à cause de sa rareté, un cas de défaut accidentel de l'iris que j'ai été à même d'observer : Un cultivateur des environs du cloître Maria-Stern, à quelques lieues de Dresde, était occupé dans la forêt à couper du petit bois, lorsqu'il en reçut un éclat dans l'œil gauche. La douleur violente qu'il ressentit lui fit croire qu'il était resté quelque écharde dans l'œil; il pria par conséquent un de ses camarades de l'examiner. Celui-ci lui assura qu'il y avait une épine dans son œil, et agit aussitôt comme pour la faire sortir à l'aide d'une tête d'épingle. Les suites de l'accident furent une inflammation assez douloureuse qui dura quelque temps et une cécité complète de cet œil. Le malade vint me consulter, et je ne fus pas peu étonné lorsque voyant la forme de l'œil absolument comme dans l'état normal et la cornée bien transparente et régulièrement convexe, je ne trouvai que quelques traces de l'iris fixé, sous la forme d'un petit flocon, à la partie inférieure de la circonférence de la cornée. Le camarade ayant pris pour une épine (comme on peut le croire d'après ce qui précède), le prolapsus de l'iris qui avait été occasioné par le morceau de bois en perçant la cornée, avait détaché la première de ces membranes de son ligament ciliaire et l'avait arrachée hors de l'œil. Le point où la cornée avait été divisée n'était indiqué que par une légère opacité (Voyez pl. I, fig. 8.).

OPHTHALMIES SPÉCIFIQUES.

DES OPHTHALMIES SPÉCIFIQUES EN GÉNÉRAL.

On nomme ophthalmies spécifiques celles qui ont pour origine des causes pathogéniques spécifiques, consistant en un état dyscrasique particulier de l'économie, ou dans une affection miasmatique ou contagieuse.

La divergence des opinions qui règnent sur l'essence de l'inflammation en général, nous prouve assez que nous ne sommes pas encore parfaitement éclairés sur ce point. Mais si un examen attentif nous apprend que l'afflux augmenté du sang est le premier effet de toute impulsion qui excite l'inflammation ; que par suite ce fluide pénètre dans des vaisseaux qui, à l'état normal, ne livrent passage qu'à des fluides blancs; que, par conséquent, le système capillaire est le premier siége de l'inflammation, on peut en conclure, je crois, avec vérité, que c'est précisément sur ce système qu'agissent les causes dès le principe, et qu'il joue un grand rôle dans toutes les inflammations, soit simples, soit spécifiques.

De même que les dyscrasies, les affections miasmatiques et contagieuses diffèrent considérablement entre elles, de même aussi les ophthalmies qu'elles occasionent diffèrent essentiellement par leur invasion, leur marche et leur terminaison, ainsi que sous le rapport du pronostic et du traitement qui leur convient.

Cette vérité s'applique non-seulement aux inflammations spécifiques des yeux, mais encore aux phlegmasies de tous les organes de l'économie ; et certes il serait de la plus grande utilité pour l'homme de l'art dont l'intention est de ne se vouer qu'à la partie de la science que l'on nomme médecine interne, d'étudier sur l'œil les inflammations et leurs suites. Je suis convaincu qu'il ne se contenterait plus alors

d'admettre une *hépatite aiguë* et *chronique*, une *péripneumonie vraie* et *fausse*, etc.; il saurait qu'il existe encore des différences plus importantes, plus rationelles que celles qu'il a connues jusqu'alors; il trouverait que l'arthritis, les scrophules, le rhumatisme, la variole, la syphilis, etc., peuvent aussi déterminer dans le foie, le poumon, et dans la plupart des autres organes de l'économie, des actes inflammatoires qui ont leurs symptômes propres, et qui, pour être traités convenablement, exigent quelque chose de plus que la simple distinction en phlegmasie chronique et aiguë; il verrait enfin que même les accidens inflammatoires du cerveau, chez des sujets affectés de la scarlatine, possèdent un caractère particulier qui appartient toujours à cette maladie, et qui, dans la scarlatine légèrement inflammatoire que nous voyons régner dans nos contrées depuis nombre d'années, bravent la méthode purement antiphlogistique, dans lesquels enfin l'application locale imprudemment faite du froid humide, doit troubler la marche naturelle de la maladie, et occasioner des affections consécutives, à moins que le malade n'ait déjà succombé sous ces attaques inconsidérées. Puissent ces paroles, qui me sont dictées par le sentiment d'une conviction intime, et qui reposent sur une grande expérience, avoir quelque résultat! La raison pour laquelle la séméiologie et la thérapeutique des autres affections inflammatoires, sont aujourd'hui fort en arrière de celles de l'ophthalmologie, ne tient pas uniquement à ce que les parties qui en sont le siége sont moins accessibles à l'œil que l'organe de la vue; cela dépend aussi de ce que les médecins eux-mêmes trouvent souvent beaucoup plus commode d'apprendre en peu de temps un système nouveau, pour jouer ensuite systématiquement avec les maladies des hommes, que d'observer eux-mêmes au lit du malade, et d'étudier longuement les résultats isolés et épars de l'expérience, qui ne parle pas, il est vrai, le langage ronflant et semi-mystique d'une fausse philosophie érigée en système.

Les ophthalmies spécifiques succèdent à des ophthalmies simples, survenues le plus souvent à la suite d'une cause excitante extérieure, circonstances dans lesquelles on doit les nommer ophthalmies spécifiques secondaires, parce que ce n'est que plus tard qu'elles revêtent leur caractère particulier; ou bien elles sont immédiatement provoquées par une cause spécifique, et expriment alors, en quelque sorte, l'affection sous l'influence de laquelle se trouve placée l'économie.

On voit souvent survenir une ophthalmie spécifique, bien que l'affection générale qui doit en être la cause semble manquer; dans ces cas il existe toujours au moins une disposition à cette affection, et la maladie s'est alors exprimée, en quelque sorte, dans l'œil seul, ce qui n'empêche pas l'ophthalmie de devenir aussi grave que dans les cas où l'affection générale est partout fortement prononcée.

Les ophthalmies spécifiques ont du reste cela de particulier, qu'elles ne peuvent pas être divisées en une première et une seconde période; car, en général, le premier stade, dans lequel prédomine la phlogose, est extrêmement court, et passe souvent même inaperçu.

Les ophthalmies spécifiques se distinguent des ophthalmies simples par la plus grande tendance qu'elles ont à récidiver; les premières ont aussi coutume de se résoudre moins facilement; elles laissent, au contraire souvent après elles des lésions organiques; raison pour laquelle le pronostic en est beaucoup moins favorable que celui des phlegmasies simples.

Pour ce qui concerne le traitement, je dois dire, en général, que l'un des principaux moyens consiste en un régime approprié : le médecin qui sait l'utiliser d'une manière convenable, manque bien plus rarement son but.

L'influence qu'on peut exercer sur l'organe de la vue au moyen d'un régime convenable, et d'une disposition favorable de l'esprit, est extrêmement grande. La meilleure conduite à tenir dans les cas d'ophthalmies spécifiques doit être

un régime simple, doux, en évitant toute stimulation ; les affections morales tristes sont ici, pour le moins, aussi préjudiciables que les écarts de régime alimentaire. La meilleure boisson, pour ces sortes de malades, est en général l'eau, dont les effets secondent d'une manière puissante le traitement si elle est prise en assez grande quantité.

Comme ordinairement il est rare que la phlogose soit considérable, même dans la première période, on peut déjà penser par cela même que l'emploi du traitement antiphlogistique doit réussir moins souvent que dans les ophthalmies simples ; et là où il ne se manifeste pas même de première période les antiphlogistiques ne doivent que favoriser la cause spécifique, et augmenter l'inflammation particulière. Il y a cependant des exceptions à cette règle : il est des cas où la phlogose prédomine d'abord considérablement sur l'affection spécifique, c'est-à-dire où il faut par conséquent déployer un traitement antiphlogistique plus vigoureux ; mais dans ces circonstances mêmes on ne peut pas aller trop loin impunément. Les causes de l'ophthalmie, la constitution et les rapports du malade, doivent alors servir de guide.

Pendant le cours de la seconde période inflammatoire, dans laquelle il faut combattre la maladie spécifique, le médecin doit surtout se rappeler qu'il est très-rare qu'il puisse obtenir en peu de temps la guérison de cette dernière. Les résultats du traitement de ces affections ne seront pas heureux s'il commence par attaquer l'arthritis, le rhumatisme, les scrophules, etc., par des moyens généraux; car l'organe de la vue pourrait être détruit même avant que ceux qui sont les mieux indiqués eussent assez modifié l'affection particulière de l'économie pour éteindre la maladie dont l'œil est affecté. Le but du médecin-oculiste doit donc être de favoriser le transport de l'action morbide spécifique loin de l'œil, dans le cas même où il ne pourrait obtenir ce résultat qu'aux dépens d'un autre organe moins important. Il aura toujours le temps par la suite de diminuer ou de guérir

l'affection générale, si cela est possible, afin d'empêcher les récidives. Voilà pourquoi les moyens topiques, les excitans de la peau, les dérivatifs sur le canal intestinal, ou les purgatifs, agissent d'une manière si héroïque pour la prompte guérison des affections inflammatoires spécifiques de l'œil. Hippocrate avait déjà dit, avec raison, en parlant de la dernière classe de médicamens : *in alvi profluviis de capite pituita defluit.*

OPHTHALMIE CATARRHALE.

Ophthalmia catarrhalis, catarrhosa.

Symptômes de la maladie. Les paupières rougissent en même temps que le malade y éprouve un sentiment de cuisson, les yeux craignent la lumière et semblent baignés de larmes : celles-ci paraissent non-seulement augmentées, mais elles deviennent âcres au point de rougir et d'occasioner même la tuméfaction des parties avec lesquelles elles sont en contact. La plupart des malades se plaignent d'une sensation incommode analogue à celle que produirait la présence de grains de sable entre l'œil et les paupières ; aussi frottent-ils souvent leurs yeux. Peu à peu tous ces symptômes diminuent, et les follicules de Méibomius commencent à sécréter une matière consistante, blanche et douce. L'affection catarrhale se borne le plus souvent aux paupières ; quelquefois cependant la conjonctive oculaire participe aussi à l'inflammation, ou bien elle en est affectée primitivement ; elle rougit un peu, la photophopie augmente, et parfois même les paupières se ferment spasmodiquement ; quelquefois l'inflammation se propage jusqu'au sac lacrymal. Cette ophthalmie peut aussi bien être accompagnée des signes du catarrhe qu'elle peut en être privée ; elle peut être avec ou sans fièvre ; elle offre des exacerbations vers le soir, et se distingue par là de l'oph-

thalmie scrophuleuse, dont les rémissions arrivent à cette époque de la journée.

Si la cause qui produit cette ophthalmie peut déterminer en même temps un rhumatisme indépendamment de l'affection catarrhale, celle-ci se complique de rhumatisme, la conjonctive oculaire devient alors très-rouge, l'aversion pour la lumière augmente, l'œil est inondé de larmes à chaque variation de température et de lumière; le malade éprouve des douleurs déchirantes dans l'intérieur de l'œil et dans les régions environnantes; ces douleurs augmentent quand la personne qui en est affectée couche sur la plume; les rémissions qu'éprouve l'ophthalmie purement catarrhale sont presque entièrement nulles. Tels sont les symptômes qui caractérisent une ophthalmie catarrho-rhumatique.

Les causes sont celles du catarrhe ordinaire.

Une température froide et humide, surtout en automne et au printemps, occasionne facilement cette maladie chez les personnes qui y sont disposées. C'est aussi pour cela qu'elle est le plus souvent endémique dans les contrées où l'atmosphère est presque continuellement froide et humide. Cependant l'ophthalmie catarrhale ne se manifeste pas uniquement pendant la saison où règnent les mauvais temps, elle se déclare quelquefois par un temps chaud et sec, et devient même épidémique; ce qui tient sans doute à quelque composition ou à quelque altération de l'air atmosphérique que nous ne connaissons pas, ou, ce qui est la même chose, à quelque substance particulière qui a la propriété de provoquer cette maladie. Si indépendamment de l'influence de cette cause, le malade offre une disposition au rhumatisme, ou s'il s'est exposé précédemment à un refroidissement local ou général, on voit survenir facilement la complication catarrho-rhumatismale que nous avons indiquée.

Le pronostic est ordinairement favorable; cependant si l'affection catarrhale est compliquée de rhumatisme, si elle est négligée, ou qu'elle affecte des sujets âgés et débiles, sa

durée se prolonge souvent pendant très-long-tems : ainsi elle peut persister pendant plusieurs années, corroder les commissures des paupières, chez les sujets cachectiques, d'où résulte la formation d'un *ectropion ;* c'est aussi ce qui arrive le plus souvent chez les vieillards, et ce qui lui a fait donner le nom d'*ectropium senile*. Cette circonstance a aussi fait désigner assez souvent cette ophthalmie sous le nom d'*ophthalmie sénile.*

Traitement. Au début de l'inflammation, les applications d'eau froide sont fort utiles. Si la phlogose devient violente, ce qui est rare, on applique des sangsues vers l'angle interne de l'œil. On en fait autant dans les cas de complication rhumatique, circonstance dans laquelle on peut toujours insister davantage sur les antiphlogistiques. Le traitement interne doit être celui du catarrhe et du rhumatisme. Lorsque l'inflammation dure depuis quelque temps, et que les glandes de Méibomius sécrètent un mucus épais, on doit faire prendre à l'intérieur de légers diaphorétiques, avec ou sans addition de camphre, et on recommande au malade de se tenir chaudement ; enfin on fait appliquer à l'extérieur des sachets aromatiques avec du camphre (1), en employant la préparation suivante :

℞ Fleurs de sureau. . . .	aa 3 vj.
Idem de camomille. . .	
Camphre trituré. . . .	gr. v à 3 ß.
Mêlez.	

S'il existe sur les paupières des excoriations d'où s'écoule un pus de mauvaise qualité, ce qui arrive souvent chez les sujets âgés et dans les cas de complication rhumatique, on emploie des styptiques, par exemple, la pierre divine en dissolution avec de l'opium, ou la préparation suivante :

(1) Les personnes très-irritables, les femmes surtout, supportent rarement le camphre ; l'emploi de la chaleur sèche sans substances aromatiques est alors indiqué.

℞ Deutochlorure de mercure. gr. j.
Mucilage de pépins de coing. ʒ j.
Teinture d'opium safranée. ♈ ß à ʒ j. à ʒ j ß.
Eau de roses . . . . . ℥ iv à ℥ vj.
Mêlez.

Si ce mélange n'était pas supporté, on pourrait faire usage de pommades astringentes telles que celles de Janin, qui doit être préparée dans des proportions qui soient en rapport avec l'état de relâchement plus ou moins considérable des paupières. Chez les personnes débiles et languissantes, la pommade suivante produit d'excellens effets :

℞ Tutie préparée . . . . . gr. xv.
Sulfate de zinc . . . . . gr. j. ß.
Deutoxide de mercure . . . gr. xv.
Beurre frais non salé . . . . ʒ j.
Mêlez.

Il faut en même temps mettre les malades à un régime doux et nourrissant.

Les enfans et les femmes conservent quelquefois, après les ophthalmies catarrho-rhumatiques, une trop grande sensibilité des yeux et des paupières : tout effort de l'organe de la vue, tout changement de température occasione une légère rougeur du bord des paupières (surtout vers leurs commissures), produit une légère photophobie et des tremblemens convulsifs de l'un ou de l'autre de ces voiles mobiles. Ces accidens durent quelquefois pendant des années entières si on les néglige. Les sachets aromatiques secs, avec ou sans addition de camphre, les pommades astringentes, opiacées, etc., ou la teinture d'opium, sont sans effet ou ne sont pas supportés. J'ai employé avec succès, dans ces cas, l'eau d'opium simple (1), ou lorsque les liquides n'étaient pas sup-

(1) Voyez sa préparation, vol. I, p 38.

portés, je me servais d'une pommade composée d'une partie d'opium pur, réduit en poudre et de trois parties de jaune d'œuf, avec laquelle je faisais faire, une à trois fois par jour, des frictions sur les paupières ou sur la région sus-orbitaire. J'ai aussi obtenu de bons effets du collyre suivant :

℞ Sulfate de zinc	gr.	ij.
Eau de roses	℥	iv.
Acétate de plomb	ʒ	ß.
Mucilage de gomme arabique. .	ʒ	ij.

Mêlez.

On fait plusieurs fois par jour des lotions sur les yeux avec ce collyre (qui doit toujours être tiède), de manière à en faire pénétrer une certaine quantité entre les paupières. Je joins à cette opération un gros d'*aqua opii* lorsque les sujets sont très-irritables, et que le muscle orbiculaire des paupières est agité de mouvemens convulsifs continuels.

Lorsqu'une ophthalmie catarrhale est très-invétérée, quand elle existe chez des personnes âgées ou qu'elle est fort intense, on retire des avantages de l'application des vésicatoires derrière les oreilles et de l'emploi de révulsifs encore plus énergiques. Le médecin prudent se sert de ces moyens souvent même avant les collyres et les pommades, d'autant plus qu'il n'a pas à redouter l'affaiblissement de la vue qui pourrait être produit par l'usage de topiques très-astringens.

Le calomel, administré comme purgatif, est utile surtout lorsque la guérison d'une ophthalmie catarrhale se trouve retardée par une complication scrophuleuse.

OPHTHALMIE D'EGYPTE.

Ophthalmia ægyptiaca, *ophthalmia contagiosa*, *ophthalmia asiatica* (1), suivant ADAMS; nommée aussi, mais à tort, *ophthalmia bellica* ou *ophthalmia catarrhalis bellica*.

Suivant RUST et d'autres auteurs, cette maladie doit avoir la plus grande analogie avec l'ophthalmie catarrhale, ce qu'il est impossible de méconnaître dans les nuances les plus légères. Elle a été décrite par un grand nombre de médecins, parmi lesquels je me bornerai à citer DESGENETTES, LARREY, POWER, L. FRANK, ASSALINI, VETCH, FAREIL, ADAMS, HELLING, LEHMANN, BALTZ, BRIGGES, WARE, LAVERINI, OMODEI, VASANI, RUST, SPENGEL, DE WALTHER, GRÆFE et MULLER.

On peut, sous le rapport pratique, admettre trois degrés de l'ophthalmie d'Egypte. Dans le premier, l'inflammation affecte la conjonctive palpébrale seule; dans le second, la conjonctive des paupières et de la sclérotique; dans le troisième enfin, elle envahit la conjonctive de la cornée et le tissu même de cette dernière membrane. Suivant RUST cette phlegmasie commencerait toujours par les parties externes de l'œil, pour se propager ensuite aux autres. Les parties intérieures du bulbe oculaire, l'iris, la choroïde, le cristallin, la rétine et le corps vitré, ne sont que très-rarement, et selon quelques auteurs, jamais affectés directement par l'inflammation; l'extension rapide de la phlegmasie fait croire très-souvent que ces parties ont été simultanément attaquées.

Phénomènes du premier degré. Le malade éprouve, comme dans l'ophthalmie catarrhale, une sensation analogue à celle qui serait produite par du sable existant sous la paupière su-

(1) Par la raison qu'elle doit régner endémiquement non-seulement en Egypte, mais dans toute l'Asie.

périeure; cette sensation est accompagnée d'une douleur légère, surtout dans le voisinage de la commissure externe, la sécrétion des larmes est augmentée et l'œil présente un aspect mat particulier, *comme s'il était de verre.* Les bords des paupières sont le siége d'un prurit et d'une cuisson incommodes, la conjonctive qui les tapisse n'offre qu'un peu de rougeur et de tuméfaction; il y a une photophobie légère mais absence totale de céphalalgie. Plus tard on remarque un mucus floconneux, blanchâtre, qui s'amasse surtout vers les angles de l'œil. Dans le plus grand nombre des cas il n'y a d'abord qu'un seul œil affecté, c'est le plus ordinairement celui du côté droit, l'autre n'est envahi que pendant le cours de la maladie. Dans les circonstances les plus heureuses, lorsque les malades ne se trouvent sous l'influence d'aucune dyscrasie, et que l'affection est traitée convenablement, les symptômes que nous avons indiqués se dissipent au bout de sept, quinze ou vingt et un jours, et l'œil revient à son état normal; mais les récidives sont toujours à craindre.

Lorsque la maladie passe au second degré ou se montre dès son début avec l'intensité qui la caractérise, l'inflammation affecte en général les deux yeux à la fois. La rougeur de la face externe des paupières et de leur conjonctive est plus intense, elles sont plus tuméfiées et tendues; la photophobie existe à un degré beaucoup plus considérable; le prurit et la cuisson des yeux sont presque insupportables. La maladie éprouve ordinairement des exacerbations vers le soir, époque où l'un des phénomènes les plus remarquables est une violente céphalalgie sus-orbitaire, qui se propage dans la direction du nerf de ce nom; cette céphalalgie va toujours croissant jusque vers l'heure de minuit, moment où la sécrétion lacrymale venant à augmenter, et la photophobie diminuant d'intensité, le mal de tête se dissipe en même temps que tous les autres symptômes que nous avons énumérés. Si le lendemain on examine les yeux avec attention, on trouve que non-seulement toute la conjonctive palpébrale, mais

encore celle de la sclérotique, sont d'un rouge pâle, plutôt couleur de brique que de sang, et que les paupières sont tuméfiées; en un mot les yeux du malade offrent l'aspect qu'on observe chez les personnes qui ont pleuré beaucoup et pendant long-temps; leur rougeur offre un aspect velouté.

La maladie reste pendant plus ou moins long-temps à cet état; on voit alors survenir avec la diminution de la photophobie une blépharoblennhorée des plus rebelles, accompagnée d'un gonflement considérable de la conjonctive qui occasionent certaines altérations de forme des paupières, ou bien elle revient au premier degré et se dissipe ensuite, ou enfin elle augmente et passe, au bout d'un temps indéterminé, au troisième degré de l'inflammation, celui qui constitue le *chémosis*.

Quand l'ophthalmie au second degré dure pendant long-temps, il se développe dans la conjonctive palpébrale des végétations granuleuses, foncées, qui peuvent subsister pendant des mois et même des années entières; ces végétations une fois devenues habituelles sont peu sensibles, et s'accroissent ou diminuent selon les variations de la température. Leur présence annonce que le malade non-seulement n'est pas exempt de récidives graves de cette inflammation, mais que ses yeux sont le foyer d'un véritable *contagium*, qui peut, sous l'influence de circonstances favorables, se propager plus loin.

Le troisième degré de cette terrible maladie peut survenir tout à coup, détruire la cornée en peu de jours, et se manifester même sous forme d'*iritis*, en s'accompagnant de délire, de fièvre grave et d'encéphalite imminente, comme l'ont observé Omodei (1) et d'autres médecins; ou bien elle se développe quand la maladie, après être restée pendant quelque temps au deuxième degré, ou ayant même déjà diminué, est de nouveau provoquée par une cause quelconque; elle

(1) *Cenni sull' ottalmia contagiosa d'Egitto e sulla sua propagazione in Italia. Milano*, 1816, p. 114.

reparaît alors avec un redoublement d'intensité et commence à affecter le globe de l'œil. Ce passage d'un degré à l'autre s'annonce quelquefois par une sensation légèrement douloureuse; d'autrefois (et cela arrive ordinairement pendant la nuit) il est annoncé par des accidens très-inquiétans, sans que l'état général du malade paraisse en souffrir.

Les douleurs les plus violentes se font sentir dans la région frontale et temporale, et s'étendent jusqu'à l'occiput; une photophobie intense, quelquefois même une impuissance totale de mouvoir les paupières, accompagnent le gonflement de la conjonctive qui recouvre la sclérotique, cette membrane se soulève vers la fente palpébrale, elle est hérissée de protubérances saillantes et informes qui présentent une sorte de bourrelet autour de la cornée, et la recouvrent quelquefois plus ou moins. Dans la plupart des cas la sécrétion muqueuse de la conjonctive enflammée augmente; mais le produit en est d'abord plus ténu et moins abondant; avec le temps il devient plus épais, plus copieux et plus puriforme; le feuillet de la conjonctive qui tapisse la cornée se tuméfie, et cette dernière est obscurcie au point que la vision en est diminuée, et pour long-temps, ou est entièrement abolie. Il n'est pas rare de voir le tissu même de la cornée être affecté : ses lamelles commencent à se relâcher vers son bord; elles se gonflent, deviennent de plus en plus opaques, blanches, se transforment en un abcès et finissent par se rompre, d'où résultent des prolapsus de l'iris, des staphylômes et des destructions encore plus considérables du bulbe oculaire, si l'ulcération suit une marche progressive, et que les humeurs de l'œil s'écoulent au dehors. Quelquefois une partie seule de la cornée se trouve affectée et devient opaque, ou il se forme sur plusieurs points de cette membrane des ulcères qui souvent occasionent en très-peu de temps sa rupture, et amènent des prolapsus plus ou moins considérables de l'iris. Dans les cas les plus fâcheux toutes les parties internes et externes de l'œil sont réduites en une seule masse affectée

de l'inflammation la plus intense ; il suffit alors de quelques jours, et même de quelques heures, pour que tout le bulbe oculaire soit transformé en un organe sécrétant des mucosités et du pus ; dans ce cas la vue est irrévocablement perdue. Il est à remarquer que, lors même que tout le globe oculaire a été détruit par l'inflammation, les accidens ne se dissipent pas comme après les autres ophthalmies; car l'état inflammatoire continue à régner pendant plusieurs mois, et plus long-temps encore dans la conjonctive palpébrale, et peut occasioner de nouveaux accidens et des lésions organiques des paupières, si on ne cherche à y remédier par un traitement convenable.

Lors même que l'inflammation décroît peu à peu, sans avoir désorganisé le globe de l'œil ou troublé la transparence de la cornée, il reste souvent encore une amblyopie amaurotique qui résiste à tous les moyens, et qui dépend, comme nous l'apprennent les autopsies cadavériques faites par M. DE WALTER (1), d'une inflammation partielle de la choroïde, qui, d'après cet observateur, était en partie dépouillée de son pigmentum, et paraissait violette, tachetée de rouge, et adhérente à la rétine sur quelques points.

Il est impossible de déterminer d'une manière absolue quelle est la durée de cette maladie si terrible par ses conséquences, car elle peut se dissiper en peu de jours, comme elle peut aussi persister pendant plusieurs mois ou plusieurs années. Dans le premier degré elle affecte souvent une marche chronique, qui souvent devient tout à coup aiguë pour passer ensuite de nouveau à l'état chronique : souvent aussi le contraire a lieu. Tantôt la blennorrhée survient de très-bonne heure, tantôt plus tard. Des semaines et des mois peuvent s'écouler avant que la cornée ou la totalité de l'œil ne soit détruite ; mais aussi il suffit quelquefois d'une seule nuit pour que cette destruction puisse s'effectuer.

Au reste, je dois faire remarquer que cette inflammation

(1) Voyez son *Mémoire sur l'ophthalmie contagieuse* dans GRÆFE *und* von WALTHER's *Journal*, vol. II.

ne s'est pas toujours comportée de la même manière dans les différentes épidémies qu'on a remarquées, ce qui peut dépendre de la différence du climat où on les a observées, ou de la différence des peuples chez lesquels elles se montraient.

Les affections consécutives à cette maladie, et qui sont occasionées par elle, sont nombreuses et variées. Les plus ordinaires et les plus fréquentes sont les staphylômes partiels ou généraux de la cornée, l'opacité de cette membrane, des hyopions, des difformités des paupières, une photophobie continue, une rougeur chronique et un relâchement granuleux de la conjonctive des paupières. Ce dernier est, comme nous l'avons déjà dit, une suite très-constante de cette maladie, qui, tant qu'il existe, doit faire redouter les récidives. Quelquefois les suites de cette inflammation se bornent à des cataractes, des amauroses, de nyctalopies et des fistules du sac lacrymal.

La cause prochaine de cette ophthalmie est un *contagium* de nature particulière, qui peut s'être formé en Egypte depuis long-temps par un concours de causes favorables à son développement; au moins cette maladie a déjà été décrite dans le seizième siècle par Prosper Alpinus (1) et par Avicennes. Mais les médecins ne sont pas encore d'accord sur les circonstances qui favorisent la naissance de ce *contagium*. Assalini, Vecht, et quelques autres, pensent que l'influence du climat, et de la manière de vivre, dans des circonstances favorables du reste, peuvent produire cette ophthalmie chez nous aussi bien qu'en Egypte. Larrey (2), et plusieurs autres, croient que la lumière vive du soleil répercutée par le sable blanc du sol de l'Egypte, jointe aux nuits froides et nébuleuses qui suppriment la transpiration cutanée, exerce cette action fâcheuse sur les yeux, à la-

(1) *De medicinâ. Ægypt.* lib. 1, cap. 7, 13 et 14.

(2) *Relation historique et chirurgicale de l'armée d'Orient en Égypte et en Syrie*, etc. A Paris, 1813.

quelle peuvent aussi avoir contribué l'usage abusif des alcooliques, du coït, le sable introduit entre les paupières, etc. C'était l'œil droit qui était le plus souvent malade chez les soldats qui bivouaquaient en Egypte, parce qu'ils avaient surtout l'habitude de dormir étant couchés sur le côté droit, ce qui exposait principalement l'œil correspondant aux émanations froides du sol. Les personnes blondes étaient plus souvent affectées que les brunes.

Larrey, L. Frank, Baltz, et quelques autres médecins, n'admettent pas tout-à-fait que cette maladie soit de nature contagieuse; beaucoup de médecins, entre autres Adams, Omodei, Rust, etc., croient qu'elle ne se propage que par infection; ils prétendent que la contagion ne se développe jamais chez nous, et qu'elle nous a été importée d'Egypte par les troupes qui l'ont répandue dans presque tous les pays de l'Europe.

La croyance à la nature contagieuse de cette inflammation n'est pas générale; la plupart des médecins français ne l'admettent pas, seulement ils pensent que la maladie peut être propagée par la transmission de la matière purulente sécrétée pendant l'inflammation. La plupart des médecins anglais, italiens et allemands, sont au contraire convaincus du caractère contagieux de cette affection, qui est démontré par une multitude de faits. Mais le *contagium* paraît être d'une nature fixe, puisque la transmission de la maladie exige presque toujours des rapports de cohabitation entre les individus. Il s'attache aux vêtemens et doit être contenu dans le mucus puriforme produit par la conjonctive palpébrale ou oculaire; enfin on prétend que ce *contagium* peut être propagé par l'air. Ceux qui ont une fois éprouvé la maladie ne sont pas pour cela à l'abri d'une seconde attaque.

Peut-être faut-il encore chercher ici la vérité entre les deux extrêmes.

On peut bien admettre, en général, que la nature contagieuse de cette maladie est démontrée; que le *contagium* ne

siége d'abord que dans la conjonctive, et qu'il est reproduit par l'inflammation ; que le caractère contagieux de cette maladie peut se développer d'une épidémie non contagieuse, très-vraisemblablement de la même manière que nous voyons le typhus contagieux naître d'une fièvre rhumatico-catarrhale bénigne, et se répandre plus au loin ; que la propriété contagieuse est développée et augmentée par la réunion de beaucoup d'individus ; enfin que non seulement le transport du mucus puriforme, mais déjà la cohabitation prolongée de malades affectés de cette ophthalmie, suffit pour transmettre la maladie à d'autres qui en ont d'ailleurs la disposition ; tandis qu'une réunion de courte durée, et l'attouchement des yeux avec les doigts ne paraissent pas suffire pour que la contagion ait lieu.

Cette affection a reçu, avec raison le nom d'ophthalmie d'Egypte, parce qu'il est évident qu'elle a été apportée de ce pays en Europe par les armées française et anglaise de l'expédition d'Egypte. Par suite de guerres auxquelles se livrèrent plus tard ces deux puissances, la maladie fut répandue parmi les soldats de presque tous les pays d'Europe, et même parmi les autres habitans de ces différentes contrées ; un nombre infini de personnes en perdirent la vue complètement ou partiellement. Il y eut, d'après le rappport d'Adams, près de 5,000 soldats de l'armée anglaise qui furent frappés de cécité.

Le pronostic varié suivant le degré de l'inflammation et la constitution des malades. Les nuances les plus légères se guérissent souvent, dans l'espace de sept à onze jours, sans les secours de l'art. Les nuances les plus violentes sont, non-seulement plus rebelles, mais laissent facilement après elles des altérations qui diminuent ou anéantissent la faculté visuelle. Le pronostic est le plus fâcheux chez les sujets dyscrasiques, particulièrement chez les scrophuleux. Cette maladie n'épargne aucun âge, aucun sexe, aucune profession, aucune constitution ; ses principales suites sont : une photophocie et une rougeur chronique des paupières, une sé-

crétion muqueuse anormale, des végétations de la conjonctive, des ectropions, des ulcères, des abcès, des opacités et des suppurations de la cornée, des staphylômes partiels et généraux de cette membrane, des altérations de la pupille, des synéchies, des amauroses, etc. Avec toutes ces circonstances, le pronostic, quoique douteux, est pourtant plus favorable au premier degré qu'au second; dans le troisième degré, il est extrêmement incertain et fâcheux. On a observé, du reste, que les épidémies montrent, à leur début et vers leur fin, un caractère plus doux qu'au milieu du temps de leur durée.

Cette affection étant contagieuse, et n'attaquant le plus souvent que des militaires, la première précaution à prendre consiste à isoler les individus malades de ceux qui sont sains, à faire nettoyer soigneusement et mettre à part les effets des premiers, et à recommander aux uns et aux autres la plus grande propreté. On remplit par là en même temps la première indication, qui est d'éloigner et d'éviter l'action des causes extérieures qui ont fait naître la maladie (1). Il faut en outre que le régime corresponde aux divers moyens qu'on doit employer. La lumière et la température de l'hôpital doivent être convenables; les chambres, qu'il faut bien se garder de surcharger de malades, seront tenues propres, sans être chaudes; l'air y sera pur, mais sans qu'il y existe de courant; le linge doit être d'une extrême propreté. On modère l'intensité de la lumière par des rideaux gris ou verts; on fait porter aux malades des visières faites d'un papier épais, garni de taffetas vert, et on évite avec soin le refroidissement, la fumée, la poussière et autres impuretés. Le régime alimentaire doit être doux, peu abondant, mais modifié suivant l'habitude et la constitution plus ou moins *sthénique* ou *asthénique* des malades.

(1) William Adams a surtout donné des conseils très-détaillés pour prévenir autant que possible cette maladie, dans : *A Letter to the right honourable directors of Greenwich Hospital, etc., for the extermination of the Egyptian ophthalmia, etc. London*, 1817.

Pendant le premier degré de la maladie, le traitement doit se rapprocher plutôt de l'expectation. Les applications d'eau de source froide ou d'un collyre mucilagineux et opiacé simple; plus tard, les applications d'eau froide, à laquelle on ajoute de la teinture d'opium et de l'acétate de plomb, paraissent suffire pour guérir cette inflammation tant qu'elle ne s'élève pas au dessus de ce degré. Un vomitif a quelquefois été utile comme *contre-stimulant* (révulsif).

Le second degré de l'ophthalmie, qui est caractérisé par une phlogose plus intense, et le troisième degré, qui est encore plus violent, semblent devoir être combattus, au début, par un traitement antiphlogistique énergique, proportionné toutefois à la constitution des sujets (1). On fera, par conséquent, des saignées vigoureuses, qu'on poussera jusqu'à la syncope, si cela est possible. L'artériotomie a aussi été préconisée par des médecins allemands, et surtout par des médecins anglais qui, dans cette opération, emportent une petite partie de l'artère temporale. Lorsqu'il y a une tendance aux congestions hémorrhoïdales, on ne doit pas négliger d'appliquer des sangsues à l'anus. Immédiatement après la saignée, on administre un purgatif composé de six à dix grains de calomel, et de trente grains de racine de jalap avec autant de sucre, que l'on peut répéter suivant les circonstances. On fait des applications d'eau froide sur les yeux et sur la tête, on fait prendre des bains de pieds sinapisés, on applique un vésicatoire, ou même un emplâtre stibié à la nuque. Les applications

(1) Il n'y a que peu de médecins qui se prononcent contre cette méthode, entre autres Louis Frank, le neveu du célèbre Pierre Frank, Rust, Muller et Baltz : ce dernier, l'un des auteurs qui ont le plus récemment écrit sur ce sujet (*de peste, dysenteriâ et ophthalmiâ ægyptiacâ. Viennæ*, 1820), a cherché la cause de cette maladie dans l'atmosphère d'Egypte qui contient de l'acide hydrochlorique; il ordonnait des vapeurs aromatiques, des pédiluves, des vésicatoires, la pommade ophthalmique de Saint-Yves, un régime analeptique, le quinquina, le calomel, l'opium à haute dose, et recommandait d'éviter l'impression de toute lumière un peu vive.

froides ont été mises en usage chez beaucoup de malades, sans interruption, pendant quinze jours à trois semaines avec les succès les plus satisfaisans.

Après la diminution de l'inflammation et de la photophobie, le seul topique qui semble pouvoir être supporté est le collyre que nous avons déjà indiqué, et qui se compose d'eau, de teinture d'opium et d'acétate de plomb; il doit toujours être employé dans cette circonstance à une température froide. Ce n'est que dans les complications catarrhales et rhumatiques que ces applications froides ne sont pas ordinairement supportées. C'est sans doute dans ces cas que Rust et quelques autres se sont si bien trouvés de l'administration des sudorifiques, après avoir employé les saignées et le calomel. Ainsi ils ordonnaient les bains chauds, l'acétate d'ammoniaque dans une infusion théiforme de fleurs de sureau, pour provoquer des sueurs générales.

Il a été constaté par l'expérience que les collyres stimulans sont nuisibles à cette période de la maladie.

Si, malgré tous les moyens convenablement employés, l'inflammation passe au stade blennorrhoïque, qui est remarquable par une sécrétion muqueuse puriforme, et même par une véritable production de pus, l'application du froid non-seulement ne pourra plus être utile, mais serait nuisible. C'est alors qu'il convient de mettre en usage des moyens propres à atténuer l'âcreté, à diminuer la quantité du mucus qui se produit, et à stimuler l'action absorbante des veines et des vaisseaux lymphatiques. On enlève par conséquent le mucus des yeux avec précaution, au moyen d'une infusion tiède de fleurs de mauves et de sureau (1).

(1) Le conseil donné par Larrey, etc., d'employer des cataplasmes émolliens de farine de graine de lin, de têtes de pavot et de safran, est fortement blâmé par Vasani (*Storia dell' ottalmia contagiosa dello spedale militare d'Ancona. Verona*, 1816, p. 87); il prétend n'en avoir observé que de mauvais effets dans l'hôpital d'Ancône. Je partage son opinion, parce que ce moyen doit augmenter la suppuration et hâter par conséquent la destruction du globe de l'œil.

On connaît les moyens capables de diminuer la sécrétion excessive du mucus. De ce nombre sont les préparations de plomb, de mercure, de cuivre, le bol rouge, le bol blanc, l'alun, etc.

Quoique l'emploi de ces médicamens ne soit pas approuvé par tous les médecins, cependant on les a fréquemment trouvés salutaires, comme le prouvent beaucoup de mémoires publiés sur cette maladie. Seulement il ne faut pas les administrer trop tôt, et on doit toujours tenir compte de la sensibilité et de la constitution du sujet en général, et de celle de l'œil en particulier, pour graduer convenablement les doses des médicamens afin qu'ils ne soient pas administrés tantôt trop actifs, ce qui arrive souvent, ou trop faibles, ou trop rarement. Lorsque les médicamens ne sont pas supportés sous forme de pommades, on les emploie à l'état liquide. Il faut en général prendre en considération ce que Adam Schmidt (l. c. B. 3. S. 1 etc.) a écrit sur la sécrétion muqueuse de la conjonctive, comme maladie, et sur les moyens de la guérir. On passera par conséquent insensiblement et avec précaution des médicamens moins styptiques à ceux qui le sont davantage. Les mercuriaux surtout se sont montrés salutaires dans ces cas. On les emploie en pommades, ou, si le contact des substances grasses n'est pas bien supporté, on s'en sert sous forme liquide; ainsi on fait usage de faibles dissolutions de sublimé avec du laudanum liquide de Sydenham. On a encore recommandé une dissolution de pierre divine avec le laudanum.

Lorsqu'il y a danger imminent de la destruction complète de l'œil par la suppuration, et chez des sujets dont les forces vitales sont presque épuisées, indépendamment de l'application des topiques, il convient aussi de faire prendre à l'intérieur des médicamens toniques parmi lesquels le *quinquina*, la *valériane*, le *calamus aromaticus*, la racine de girofle et de ratanhia, combinées avec l'opium, quand il y a un excès de sensibilité, occupent le premier rang. On peut encore em-

ployer d'autres moyens selon les circonstances. Lorsque la maladie est entretenue par des dyscrasies, l'usage prolongé des altérans à l'intérieur devient nécessaire : les meilleurs médicamens de cette classe sont : le calomel, la poudre de PLUMEER, le gaïac, l'étiops antimonié, etc., dont il faut faire un choix selon la constitution du sujet. On cherche à calmer les violentes douleurs nocturnes que les malades ressentent dans la tête et les yeux, par l'usage intérieur de l'extrait de jusquiame et du calomel, par des frictions faites au dessus des sourcils avec le calomel et l'opium délayés avec la salive, et par des vomitifs. Les ulcérations de la cornée réclament l'emploi fait avec prudence d'une dissolution aqueuse de pierre divine avec une forte proportion de laudanum liquide de SYDENHAM et une petite quantité d'acétate de plomb. Les tumeurs ou ectropions sarcomateux des paupières doivent être traités localement par le laudanum liquide ; si ce médicament n'est pas efficace, par la pierre infernale : enfin si ces moyens ne suffisent pas, il faut scarifier et emporter avec l'instrument tranchant les granulations sarcomateuses. RUST (1) recommande la pommade suivante dans la période chronique de l'inflammation, si rien ne s'y oppose :

℞ Deutoxide de mercure . . . . gr. vj.
Beurre frais non salé. . . . . 3 ij.
Acétate de plomb . . . . } aa 3 ß.
Teinture d'opium safranée . }
Mêlez bien jusqu'à ce que toute l'humidité ait disparu pour faire une pommade.

Lorsqu'il reste une photophobie habituelle, on retire des avantages des fomentations sur l'œil avec de fortes dissolutions de borax ou d'alun.

(1) *Die ægyptische Augenentzündung unter der kœnigl. preuss. Besatzung in Mainz.* Berlin, 1820. (Ophthalmie d'Egypte régnant parmi les troupes prussiennes de la garnison de Mayence.)

Depuis peu, Adams a employé contre l'ophthalmie d'Egypte un mode particulier de traitement qui a été couronné de succès. Après avoir fait une saignée générale abondante et administré un vomitif, il prescrivait le tartre stibié à dose nauséeuse, et continuait son emploi jusqu'à ce que le malade se trouvât dans un état de faiblesse complète.

Nous ferons encore remarquer que les ustensiles qui ont servi dans le cours d'une épidémie doivent être nettoyés avec le plus grand soin; ou s'ils sont sans valeur, il vaut encore mieux les détruire. Enfin il faut reblanchir les chambres qui avaient été occupées par les malades, afin d'empêcher toute propagation ultérieure de l'affection. Il est prudent, par la même raison, de ne laisser les convalescens rentrer dans leurs compagnies que quarante jours environ après l'extinction totale de l'inflammation. Il ne faut en général jamais perdre de vue dans le traitement de cette affection, que le danger de la contagion et des récidives n'est habituellement éloigné que lorsque les végétations sarcomateuses et la rougeur de la conjonctive sont guéries. Les précautions les plus minutieuses contre cette terrible maladie ne sont donc jamais à blâmer.

OPHTHALMIE RHUMATIQUE.

Ophthalmia rheumatica.

Symptômes de la première période. Le malade éprouve dans l'œil et les parties voisines des douleurs déchirantes et pongitives, augmentant d'une manière très-frappante sous l'influence de la chaleur, et surtout de celle des lits de plume; à chaque variation de la température il survient un écoulement de larmes âcres et abondantes; la photophobie est portée très-loin; en même temps la conjonctive oculaire, dont les vaisseaux semblent s'entasser dans quelques points,

et la sclérotique deviennent rouges ; on voit briller la teinte rose de celle-ci à travers la conjonctive lorsqu'on écarte et qu'on fait mouvoir les paupières. Les symptômes les plus caractéristiques de cette ophthalmie sont le larmoiement et la photophobie.

L'ophthalmie rhumatique n'occupe le plus souvent que les membranes externes du globe oculaire, et se montre par conséquent comme une ophthalmie externe; quelquefois cependant l'inflammation intéresse aussi l'iris ; les glandes des paupières sont le plus souvent épargnées, à moins qu'il n'y ait complication ; souvent la rougeur de l'œil est fort médiocre et la douleur extraordinairement intense.

Symptômes de la seconde période. La rougeur de l'œil augmente de plus en plus et les faisceaux vasculaires de la conjonctive deviennent plus distincts. Les douleurs s'étendent, se propagent jusque dans la tête et la mâchoire ; le larmoiement s'accroît, bien que la photophobie diminue considérablement et ne se manifeste d'une manière marquée que dans les cas où la lumière devient subitement très-vive. Il se développe des phlyctènes sur la cornée ou sur la sclérotique, et la première de ces membranes perd un peu de son éclat et de sa transparence. Enfin, au milieu de vives douleurs, ces vésicules s'ouvrent et se transforment en ulcères qui sécrètent une humeur âcre, ténue, et offrent un aspect analogue à celui qui résulterait de l'arrachement de petits lambeaux à la surface de la cornée. Il est rare que ces ulcères laissent après eux des cicatrices ; le plus souvent leurs traces ne consistent qu'en petits enfoncemens ou facettes, qui ne tardent pas à se remplir chez les sujets sains. On prétend avoir observé des ulcères semblables à la face interne de la cornée ; Mauchart (1) en a vu un exemple dans lequel l'humeur aqueuse de la chambre intérieure était troublée.

L'ophthalmie rhumatique est assez souvent compliquée de scrophules ; cet accident, qui est surtout à redouter lors-

(1) *Disputat. chir. selectæ Halleri*, t. I, p. 405.

qu'il survient chez des sujets débiles et épuisés, peut non-seulement être soupçonné lorsque le malade offre une habitude scrophuleuse ou les signes de véritables scrophules, mais il se décèle même à l'examen de l'œil; les symptômes qu'offre cet organe appartiennent en partie à l'ophthalmie rhumatique, et en partie à l'ophthalmie scrophuleuse. Chez les individus d'un tempérament phlegmatique, ayant de l'embonpoint, dont la peau est comme bouffie, on reconnaît encore cette complication à ce que les ulcères de la cornée ne sécrètent pas, comme dans l'ophthalmie rhumatique simple, un fluide sanieux, lymphatique, translucide, mais une humeur puriforme, jaunâtre et plus opaque. On observe aussi quelquefois dans cette complication que la cornée est couverte d'un pannus partiel ou total; lorsque cela arrive, il est rare qu'il se forme des ulcères dans cette membrane. Alors la marche de la maladie est toujours plus chronique, et il faut souvent la plus grande persévérance pour guérir les opacités de la cornée au moyen des topiques, après qu'on est parvenu à éloigner la dyscrasie sous l'influence de laquelle l'œil était placé.

Les causes de l'ophthalmie rhumatique sont celles du rhumatisme en général, tels que les changemens de température, les refroidissemens lorsque la tête est en sueur, un courant d'air froid qui frappe immédiatement l'œil, etc. Chez les sujets disposés aux rhumatismes toute inflammation simple de la conjonctive et de la sclérotique peut dégénérer en une ophthalmie rhumatique; mais, d'après Beer, ce sont surtout les états inflammatoires ayant un caractère érysipélateux qui subissent facilement cette modification.

Le pronostic de la première période est favorable, si l'inflammation n'est pas compliquée d'arthritis. Il est déjà moins favorable dans la seconde période, parce que les enfoncemens occasionés par les ulcères sanieux de la cornée persistant facilement, diminuent la vue, déterminent une diplopie, ou laissent après eux des taies et des cicatrices qui gênent

ou empêchent quelquefois la fonction de l'œil. Chez les sujets sains et vigoureux ces facettes disparaissent, le plus souvent, en peu de temps.

Traitement. Dans la première période, lorsque l'inflammation est assez intense et la douleur très-vive, on peut appliquer un certain nombre de sangsues auprès de l'œil, surtout vers son angle interne; une saignée générale peut même devenir nécessaire dans les inflammations très-violentes, accompagnées de fièvre rhumatique, lorsque les sujets sont robustes et pléthoriques. Les applications d'eau froide ne sont utiles qu'au début de la maladie, et pendant que la peau est encore parfaitement sèche; plus tard elles seraient nuisibles. Dans la complication scrophuleuse, on ne doit jamais user du traitement antiphlogistique aussi largement que dans les autres cas. On fait prendre à l'intérieur des médicamens sudorifiques, parmi lesquels on doit préférer alors l'acétate d'ammoniaque, l'hydrochlorate d'ammoniaque, le tartre stibié, auxquels on peut associer, vers la fin de cette période, de légers laxatifs. J'ai surtout employé avec succès, vers la fin de la première période, et au commencement de la seconde, le calomel uni au soufre doré d'antimoine, administré à doses laxatives.

Quoique les diaphorétiques internes que nous venons d'indiquer puissent être continués dans la seconde période, il est souvent nécessaire de passer à des moyens plus énergiques; de ce nombre sont le *gaiac*, l'*aconit*, le *camphre*, l'*arnica*, le *polygala senega*, et quand il y a complication scrophuleuse, les *antimoniaux*, la ciguë (*conium maculatum*) et la *douce-amère*. Lorsqu'enfin la maladie est entretenue par des congestions hémmorrhoïdales, le sous-deuto-sulfate de mercure uni au *gaiac* et au *tartre tartarisé* (proto-tartrate de potassium) est indiqué.

On prescrit en même temps des pédiluves sinapisés, des vésicatoires ou des sinapismes, qui sont sovent plus actifs, à la nuque ou derrière les oreilles. Lorsque les douleurs res-

senties dans l'œil et les parties voisines sont très-vives et continues, le malade doit faire des frictions, au-dessus des sourcils, avec l'opium en poudre et la salive. L'application des sachets aromatiques camphrés, qui doivent être légers et bien cousus, est également utile. S'il est déjà survenu, à la suite de phlyctènes, des ulcères de la conjonctive, de la sclérotique et de la cornée, on prescrit un collyre composé de pierre divine et d'une forte proportion de laudanum liquide. Lorsque ces ulcérations sont considérables et qu'il y en a plusieurs, il faut toucher les points ulcérés, au moins une fois par jour, avec un pinceau trempé dans du laudanum liquide de SYDENHAM.

On fait des lotions sur l'œil avec la dissolution de pierre divine, et on le recouvre ensuite avec des sachets aromatiques, secs et chauds, frottés avec du camphre ; on les renouvelle souvent, et on les place de manière à ne pas empêcher le contact d'un air pur, sec et chaud.

Si l'inflammation a beaucoup de tendance aux récidives, le malade doit faire un exercice fréquent au milieu d'un air sec et chaud, il doit éviter toute habitation froide, faire usage de bains alcalins, contenant, par exemple, de la potasse ou des eaux-mères des salines; ces bains doivent être pris graduellement de plus en plus frais, et dans leur intervalle on emploie, pendant quelque temps, le collyre suivant, plusieurs fois par jour à une température tiède :

℞ Sulfate de zinc.	gr.	ij.
Eau de roses.	℥	v.
Eau d'opium.	ʒ	ß.
Eau-de-vie de Cognac	℈	j.
Mucilage de gomme arabique. .	ʒ	ij.

Mêlez.

Dans les cas les plus rebelles on recommande l'établissement d'un exutoire à demeure.

OPHTHALMIE ARTHRITIQUE.

Ophthalmia arthritica.

Elle se manifeste, suivant Beer, à la manière des inflammations érysipélateuses des paupières et du bulbe oculaire. Cet auteur l'a toujours vue résulter d'une suppression subite de la goutte par un froid humide. Elle peut dégénérer rapidement en une *blépharoblennorrhée* et en une *ophthalmoblennorrhée* destructive. Elle se montre encore, si elle est le produit pur et simple de l'arthritis, comme une *iritis*, une *sclérototis*, et, en général, comme une affection inflammatoire des parties plus profondes de l'œil.

L'inflammation érysipélateuse se reconnaît à une tuméfaction vésiculeuse, légèrement rouge, partant des bords des paupières, et accompagnée de douleurs cuisantes; elle se manifeste peu de temps après la disparition d'un arthritis, et ne tarde pas à envahir les deux paupières. La tumeur s'élève alors sous forme d'une vésicule ressemblant à celle qui est produite par un vésicatoire; elle contient une lymphe âcre et jaune; bientôt, au milieu de cuissons continues, elle gagne la conjonctive oculaire, et s'étend même au sac lacrymal. Un écoulement de larmes âcres, de peu de durée, se transforme en une sécrétion de mucus ténu et irritant, qui dégénère incessamment en une *blépharoblennorrhée* et en une *ophthalmoblennorrhée* dont la marche est fatale, et qui détruit l'œil par colliquation.

Les douleurs déchirantes, toutes particulières, qu'éprouvent les malades dans les parties environnantes de l'œil, ne se dissipent pas aussitôt après la colliquation complète du bulbe oculaire, mais elles persistent encore pendant longtemps, et deviennent surtout plus violentes lorsque le temps est mauvais.

Le pronostic est toujours très-incertain; il est plus favorable lorsque l'arthritis qui était supprimée a été rappelée de bonne heure. La marche de cette inflammation est plus rapide et plus violente chez les sujets jeunes et robustes. Si l'ophthalmoblennorrhée a pu se développer, on peut considérer l'œil comme perdu, lors même qu'on parviendrait à rappeler la goutte dans son siége primitif.

Quant au traitement, le premier soin doit être de rappeler l'affection arthritique supprimée, par des pédiluves sinapisés et par l'application, autour des pieds, de larges sinapismes, composés soit simplement avec la moutarde, soit avec la moutarde mélangée de raifort râpé et de poivre noir pulvérisé. Il faut, en général, débuter par un traitement antiphlogistique; il est souvent même nécessaire de faire une saignée; des laxatifs légers doivent seconder les autres moyens de traitement. Si la maladie offre encore le caractère d'une inflammation érysipélateuse des paupières et du globe de l'œil, on doit mettre cet organe en contact avec un air sec, et appliquer à sa surface des sachets chauds et secs, contenant du camphre, en cherchant à favoriser la diaphorèse. Mais s'il est déjà survenu une blépharoblennorrhée et une ophthalmoblennorrhée, on doit recourir au laudanum liquide de Sydenham, pur ou incorporé dans des collyres mucilagineux; si les douleurs sont en même temps très-violentes, on fait des frictions au-dessus des sourcils avec de l'opium en poudre et de la salive, etc., en ayant le soin de soutenir les forces par des moyens internes énergiques, tels que le quinquina, le calamus aromaticus, etc.

Les médicamens dits anti-arthritiques, ne sont pas plus utiles que les mercuriaux que l'on pourrait employer contre une ophthalmie survenue à la suite de la suppression d'une blennorrhagie.

Je pense avec Benedict (1), quecette inflammation sui-

(1) *Handbuch der practischen Augenheilkunde*, 1823, B. 2, S. 241. (Manuel d'ophthalmologie pratique.)

vie de blennorrhée peut aussi être produite par la suppression subite d'autres maladies, telles que les exanthèmes, les ulcères aux jambes, les furoncles, etc.; je l'ai, du moins, vu suivre la même marche que l'*ophthalmo-blennorrhœa arthritica* de Beer. Jusqu'à présent je n'ai observé qu'une seule fois, chez une femme assez âgée, celle qui survient immédiatement après la répercussion de l'arthritis.

Ophthalmie et iritis arthritiques. Lorsqu'une inflammation de l'œil est le résultat pur et simple de l'arthritis, on la reconnaît aux signes suivans : l'invasion de cette phlegmasie est précédée d'un picotement particulier, avec sentiment de formication dans la région orbitaire; peu à peu cette sensation dégénère en une douleur déchirante, vague, pénétrant jusqu'aux tempes et suivant fréquemment les ramifications du nerf facial, douleur qui est augmentée par le temps humide et la chaleur des lits de plume, diminue lorsque le temps est sec et chaud, et se borne à une moitié de la tête, si l'inflammation ne s'est emparée que d'un œil. En même temps les bords des paupières, par le mouvement fréquent de ces voiles mobiles, se recouvrent d'une mousse blanche et fine qu'on distingue très-bien de l'humeur sébacée.

Il survient un écoulement de larmes irritantes; la sclérotique prend, tout autour de la cornée, une teinte rose qui s'affaiblit en gagnant la circonférence du bulbe oculaire, et ne s'étend pas jusque sur la cornée, mais laisse tout autour de cette membrane un cercle étroit d'un blanc bleuâtre : ce signe caractéristique ne se remarque pas toujours exactement sur toute la circonférence de la cornée, car il n'existe souvent que dans une partie. Bientôt cette teinte rose se manifeste aussi sur la conjonctive du globe de l'œil, ce qui fait encore ressortir davantage la ligne bleue-blanchâtre qui existe autour de la cornée.

La conjonctive devient variqueuse, et la couleur rouge-clair de la sclérotique dégénère en un violet gris et sale.

Si l'iris participe à l'affection, l'*iritis arthritique*, chez les

sujets maigres et très-irritables, se manifeste de la manière suivante : l'iris devient immobile, sa couleur qui était primitivement grise ou bleue devient verdâtre ; elle prend une teinte rougeâtre, au contraire, si elle était brune avant l'inflammation. La pupille devient anguleuse, se rétrécit et conserve, comme dans l'iritis simple, sa position naturelle derrière la cornée (1). Les douleurs augmentent, et, après chacun des paroxysmes, qui sont accompagnés de mouvemens fébriles, la pupille se rétrécit de plus en plus, on y aperçoit en même temps une exsudation lymphatique, qui paraît revêtir une forme de tissu organique et finit par détruire entièrement la vue. Lorsque l'iritis est complète, on observe souvent à l'œil nu, ou mieux encore avec une loupe, des vaisseaux variqueux dans l'iris.

Quand jusqu'à cette époque le malade a été abandonné à lui-même, le bulbe oculaire s'atrophie, se retire au fond de l'orbite ; par suite les douleurs arthritiques cessent, et l'autre œil, s'il est encore intact, ne tarde pas à être affecté de la même manière.

On doit encore remarquer qu'on n'observe dans ce cas ni hypopion, ni ulcères, ni opacité de la cornée, à moins que l'iritis arthritique ne soit compliquée de rhumatisme, de scrophules ou de l'un et de l'autre à la fois. Cette espèce d'ophthalmie arthritique conserve ordinairement pendant long-temps son siége principal dans l'iris, et ce n'est que par les récidives fréquentes que l'affection se propage aux autres parties internes de l'œil ; alors elle se transforme, comme la variété que nous allons décrire, en une *ophthalmie arthritique*, et détermine, comme celle-ci, le *glaucôme*, l'*atrophie*, etc.

Lorsque des individus affectés d'arthritis, peu irritables, ayant de l'embonpoint, étant doués d'une fibre lâche, et ayant ordinairement les yeux bruns sont ainsi affectés d'iritis, cette maladie se comporte comme chez les sujets maigres et sen-

(1) Pl. IV, fig. 4.

sibles; mais on remarque les modifications suivantes qui indiquent toutes une phlegmasie chronique, non seulement de l'iris, mais encore de toutes les parties internes de l'œil, de la rétine, de la choroïde, de la membrane hyaloïde, etc. :

La pupille au lieu de se rétrécir, comme chez les sujets irritables, s'agrandit de plus en plus; sa forme devient ovale, et se rapproche de celle des animaux ruminans (1), en ce que les fibres rayonnées de cette membrane se contractent plus fortement vers les angles de l'œil, et surtout vers l'angle externe (2). En même temps le bord pupillaire de l'iris se renverse vers le crystallin, en sorte que le petit cercle de cette membrane disparaît complètement. Les douleurs augmentent alors, deviennent plus vives, elles sont déchirantes et térébrantes, et font éprouver au malade une sensation analogue à celle qui résulterait de tentavives pour fendre le bulbe oculaire en deux. Ce signe indique la propagation de l'inflammation à la membrane hyaloïde, accident dont l'existence ne tarde pas à être confirmée par une opacité de cette membrane et de l'humeur vitrée qui offre une forme concave. Cette opacité d'un gris-verdâtre qui occupe le fond de l'œil annonce l'existence du *glaucôme*. Quand le crystallin participe aussi à l'affection, il se trouble, prend une teinte glauque ou vert de mer, et il en résulte une *cataracte verte*, ou mieux *cataracte glaucomateuse*, d'après Beer; ce corps paraît être tuméfié seul, ou conjointement avec le corps vitré, et semble se porter vers l'iris. En même temps les douleurs augmentent de plus en plus, la disposition variqueuse du bulbe oculaire s'accroît, la sclérotique et la choroïde contractent souvent des adhérences partielles, et offrent des renflemens tuberculeux; la cornée prend un aspect mat, en quelque sorte cadavéreux, et la vue est entièrement abolie, quoique le malade croie quelquefois apercevoir des lueurs, qui

(1) Ce signe est loin d'être constant, mais la pupille est toujours dilatée et le plus souvent inégalement arrondie.

(2) Pl. IV, fig. 5.

ne sont cependant qu'une illusion, et non le résultat d'une impression venant de l'extérieur.

Il est encore à remarquer que, d'après ce que j'ai observé, cette maladie affecte presque uniquement les yeux bruns, et que l'iris ne prend pas une teinte rougeâtre, comme dans l'iritis et l'ophthalmie simple, mais bien une teinte gris de cendres qui se manifeste peu à peu; enfin cette membrane paraît comme lavée et dépouillée de son organisation particulière. Au plus haut stade de cette affection le globe de l'œil est très-dur au toucher, ce qui paraît dépendre d'une surabondance de ces humeurs.

L'ophthalmie arthritique qui est simplement produite par l'arthritis, suit une marche plus ou moins rapide, elle diminue d'intensité dans les temps secs et chauds, et s'aggrave sous l'influence de l'humidité et du froid; elle est tantôt simple, tantôt compliquée de syphilis, de rhumatisme, etc., et affecte le plus souvent des individus évidemment arthritiques; mais on l'observe aussi quelquefois chez des sujets qui n'offrent pas cette disposition, ce dont Morgagni (1) et Barthez (2) ont rapporté des exemples. Souvent une ophthalmie rhumatique affectant des individus disposés à l'arthritis dégénère en ophthalmie arthritique.

Le pronostic est en général très-grave; car fréquemment lorsque le médecin croit avoir dompté la maladie, il survient une récidive, qui peut dépendre de ce que l'affection arthritique générale n'a pas encore été ou n'a pas pu être éloignée: ces récidives, pour lesquelles cette inflammation a surtout une grande propension, se montrent plus rebelles que les affections primitives. Lorsqu'une fois l'iritis arthritique est arrivée à son plus haut degré, on ne peut plus songer à rétablir la vue. Chez les indigens le pronostic est plus fâcheux que chez les personnes riches qui peuvent se faire donner tous les soins

(1) *Ephem. natur. curiosorum.*

(2) *Traité sur les maladies arthritiques.*

nécessaires. Si la membrane hyaloïde s'enflamme, il survient un glaucôme, et la vue est détruite. Les complications avec d'autres maladies rendent le pronostic défavorable ; mais il est plus satisfaisant si l'ophthalmie a d'abord été rhumatique. Chez les individus d'une constitution grêle et qui sont irritables, le pronostic est plus favorable, parce que le glaucôme et l'affection de la rétine se déclarent moins promptement que chez les sujets arthritiques, à fibre lâche, chez qui la décomposition du corps vitré s'opère avec une extrême promptitude.

Comme les paroxysmes des douleurs qui se font sentir dans les yeux et les parties voisines, déterminent le rétrécissement progressif de la pupille et la formation d'un glaucôme, il faut, avant tout, combattre ces douleurs. Dans ce but, on recommande des frictions au dessus des sourcils avec l'opium et la salive, ou avec la teinture d'opium safranée incorporée dans un liniment volatil. Le malade doit éviter les plus légers refroidissemens ; on applique des sachets aromatiques secs et chauds avec ou sans addition de camphre, selon que l'œil est plus ou moins irritable ; on s'efforce d'opérer une révulsion au moyen de fonticules, de sétons, et surtout de frictions sur la colonne vertébrale avec l'onguent stibié, et derrière les oreilles si le danger est imminent. Les sujets robustes et vigoureux doivent être traités d'abord par les antiphlogistiques, et, lorsque la maladie succède à la cessation ou à la suppression d'hémorrhagies habituelles, on ne doit pas dédaigner les petites saignées de pieds souvent répétées. Les ophthalmies arthritiques de longue durée, qui surviennent chez des sujets qui n'ont jamais éprouvé de douleurs arthritiques, et chez qui l'inflammation n'offre pas une grande tendance à détruire les parties les plus délicates de l'œil, peuvent souvent être guéries par la simple provocation d'un accès de goutte, quelque léger qu'il soit, en employant des pédiluves sinapisés, etc.

Du reste, on doit traiter l'arthritis d'après les règles de

l'art, en cherchant à l'éloigner autant que possible, pour ne pas courir la chance des récidives, qui sont toujours plus dangereuses pour l'œil que la première attaque.

OPHTHALMIE VARIOLEUSE.

Ophthalmia variolosa.

L'ophthalmie varioleuse se développe pendant la durée de la variole et suit alors la marche de cette maladie, ou bien elle survient comme affection consécutive dans la période de desquammation, et ressemble beaucoup alors à l'ophthalmie scrophuleuse.

Elle se manifeste de trois manières différentes : soit comme inflammation des paupières (*blépharite*), soit comme inflammation externe du bulbe oculaire (*ophthalmie externe*), soit comme inflammation des glandes des paupières (*blépharophthalmie glanduleuse*). La *Blépharite varioleuse* (*blepharitis, blepharophthalmia variolosa*) se caractérise par les signes suivans :

Lors du développement de l'éruption variolique, les paupières se tuméfient, se ferment et se couvrent de boutons. Pendant que l'inflammation marche de front avec la maladie principale, les yeux restent fermés, souvent jusqu'au neuvième jour, et ne s'ouvrent de nouveau que lors de la dessiccation des pustules. Si les malades sont doués d'une *peau vulnérable* (*), l'inflammation se communique facilement à la conjonctive oculaire ; cette communication est annoncée par le phénomène de la photophobie qui existe, bien que l'œil soit fermé, par une sensation analogue à celle que produirait entre les paupières la présence du sable ou du gravier, et par l'état de sécheresse de l'œil. Tant qu'il n'y a pas de photophobie sensible et que le larmoiement subsiste, on peut être sûr que l'inflammation est encore bornée aux paupières.

(*) Voyez la note de la page 97 du Ier volume, pour connaître la valeur que l'auteur attache à ces mots.

Le pronostic est très-favorable tant que l'inflammation reste limitée aux paupières; mais il faut faire attention à ce qu'il ne reste pas de difformité de ces organes, qui peuvent quelquefois même se développer parce que le médecin procède d'une manière trop grossière dans leur examen. Mais ces parties sont aussi sujettes à d'autres difformités qui se développent malgré les soins du médecin, et qui ont lieu quelquefois lorsque les secours de l'art ont été réclamés trop tard ou quand la variole est violente; il en résulte facilement un racornissement du cartilage tarse et par suite des ectropions, etc. Si, pendant la marche de la variole, les cils viennent à tomber par l'effet de la suppuration, ils ne se reproduisent plus; les points qu'ils occupaient sont alors couverts de cicatrices rouges que les boutons laissent après eux.

Si on traite la variole suivant les règles de l'art, et qu'on éloigne de l'œil toutes les causes d'irritation, en opérant des révulsions au moyen de vésicatoires ou avec l'écorce de *bois gentil*, ces précautions suffisent tant que les boutons ne suppurent pas.

Lorsqu'au contraire les boutons se remplissent de pus, il convient d'entretenir sur les paupières une chaleur sèche, au moyen de compresses de linge que l'on frotte avec du camphre quand les sujets sont débiles. On ouvre ensuite ces petites tumeurs avec une aiguille à cataracte, pour donner issue au pus; on déterge doucement les parties avec du lait tiède ou un collyre mucilagineux contenant un peu de laudanum liquide, en ayant soin de les bien essuyer pour qu'il ne reste point de tuméfaction œdémateuse des paupières, et enfin on rend à l'œil ses stimulans habituels, un air chaud et sec et une lumière modérée.

Si la *blépharophthalmie varioleuse* s'étend davantage et gagne le globe de l'œil, il en résulte :

Une *ophthalmie externe varioleuse*, qui se manifeste, dans la première période, par les signes suivans : dès le principe la conjonctive est rouge, cette teinte se communique bien-

tôt à la sclérotique et s'accompagne d'une photophobie violente, de douleurs pongitives et de larmoiement; à la fin de cette période on remarque quelquefois à la surface de la cornée des points louches, il survient de la fièvre, et même une affection de l'iris.

Dans la seconde période la rougeur et la photophobie diminuent, la cornée devient opaque dans les points qui étaient louches, les douleurs de l'œil et la tuméfaction de la conjonctive s'accroissent, et il se forme enfin, sur les endroits opaques de la cornée, des boutons dans lesquels on aperçoit un véritable pus; il est rare qu'il s'en développe sur la sclérotique.

Le pronostic est assez favorable dans la première et même dans la seconde période, tant que les boutons qui se sont développés sur l'œil, ne sont pas encore tout-à-fait remplis de pus et qu'il n'existe pas d'iritis. Mais si ces pustules sont pleines et s'ouvrent spontanément, il arrive quelquefois que cela a lieu en même temps en dedans et en dehors, et qu'elles laissent ensuite après elles, soit des cicatrices qui gênent la vue, soit des staphylômes de l'iris, qui peuvent déterminer une oblitération de la pupille. Il reste de même quelquefois, consécutivement à cette inflammation, des staphylômes généraux de la cornée, des hydrophthalmies et des staphylômes en grappes.

Les terminaisons fâcheuses de cette maladie ont mis les gens de l'art dans le cas de s'appliquer non-seulement à la guérir, mais encore à la prévenir autant que possible. On a surtout préconisé comme moyen prophylactique, des compresses sèches frottées avec du camphre, un collyre composé de huit grains d'acétate de plomb cristallisé, dissous dans deux onces d'eau de roses, dont on mouille des compresses que l'on place et qu'on renouvelle fréquemment sur l'œil. Enfin on a été jusqu'à appliquer sur chacun des yeux un morceau de lard assez large et applati.

Dans la seconde période il faut chercher autant que pos-

sible à prévenir la formation des boutons sur l'œil, car plus ceux-ci sont avancés dans leur développement, plus le pronostic devient fâcheux. On fait par conséquent des applications d'eau froide pure ou mêlée d'un peu d'acétate de plomb, et on établit un vésicatoire ou un cautère derrière les oreilles afin d'éloigner la suppuration de l'œil.

Dans la seconde période on ouvre les boutons de la cornée, avant qu'ils ne se remplissent, et on fait usage de collyres appropriés à l'état de la sensibilité; par exemple une dissolution de pierre divine avec du laudanum liquide de Sydenham, ou bien on touche les ulcères avec le laudanum seul (1), et on recouvre l'œil de compresses aromatisées chaudes et sèches; enfin on emploie à l'extérieur une pommade légère de précipité rouge et d'opium, afin d'éloigner autant que possible le trouble léger que peut présenter la transparence de la cornée. Les bains sont également utiles dans ce but; mais si, la variole étant terminée, la maladie ne cède pas tout-à-fait ou résiste opiniâtrement, on administre, sans perdre de temps, le calomel uni au soufre doré d'antimoine et à la ciguë (2), moyens dont l'efficacité a été constatée par les meilleurs praticiens, parmi lesquels je me bornerai à citer Beer, Reil et Scarpa. On a également recommandé la digitale pourprée, les sommités de douce-amère, l'aconit, etc. Mais avec tous ces médicamens on ne doit pas oublier de seconder, s'il est nécessaire, l'activité

(1) Ce dernier n'est pas toujours supporté; mais il est très-bon d'ajouter au premier collyre un peu d'extrait de saturne, et d'en faire usage jusqu'à ce que le danger de la perforation soit passé. Tous les collyres doivent, dans cette période, être employés tièdes.

(2) Par exemple :

℞ Calomel . . . . . } aa gr. j.
Soufre doré d'antimoine. }
Ciguë officinale. . . . gr. ij à iv.
Pour faire une poudre. Cette dose administrée matin et soir convient aux enfans de l'âge de dix ans.

nutritive, par l'usage du *calamus aromaticus*, des *éthers*, du *quinquina* et de l'*opium*.

BLÉPHAROPHTHALMIE GLANDULEUSE VARIOLEUSE.

Blepharophthalmia variolasa glandulosa.

Comme la période inflammatoire est extrêmement courte et passe le plus souvent inaperçue pour le médecin, le premier signe est, dès le commencement, une blépharoblennorrhée plus ou moins violente, avec tuméfaction des bords des paupières, qui se manifeste ordinairement chez des enfans scrophuleux, débiles, soit pendant la marche de l'exanthème, soit deux ou trois semaines après la variole, et se montre alors comme métastase de cette affection. Souvent la *blépharoblennorrhée* se transforme en *ophthalmoblennorrhée*, ce qui est alors annoncé par la rougeur et le gonflement commençant de la conjonctive qui recouvre la sclérotique, par l'augmentation de l'inflammation érysipélateuse de la face externe des paupières et le trouble de la transparence de la cornée, qui devient de plus en plus opaque, se transforme en abcès, après quoi surviennent des staphylômes de toute espèce, ou même la colliquation de la totalité du bulbe oculaire. La blépharoblennorrhée gagne aussi quelquefois le sac lacrymal, d'où résulte souvent, pendant long-temps, une *blennorrhée* de ce réservoir.

Le pronostic est très-variable; car tantôt la blépharoblennorrhée dure très-long-temps, et ne se communique pas au globe oculaire; elle laisse alors souvent après elle des taches rouges sur les bords des paupières, et une perte des cils: tantôt elle passe à l'état d'ophthalmoblennorrhée, et occasione alors des staphylômes ou une colliquation complète des yeux. L'ophthalmoblennorrhée est plus violente et plus rapide lorsqu'elle se manifeste pendant la durée de la maladie éruptive; sa marche est moins prompte quand elle se montre comme affection consécutive.

Le traitement est absolument le même que celui de la *blépharoblennorrhée* et de l'*opthalmoblennhorrée* simple ; seulement il ne faut pas négliger les moyens internes recommandés dans l'*ophthalmie externe varioleuse*, non plus que les révulsifs appliqués sur la peau. Je range parmi ces derniers un fort emplâtre stibié appliqué à la nuque, moyen que je ne saurais assez recommmander dans les cas d'ophthalmies varioleuses secondaires. Il est possible de remédier par les médicamens appropriés, aux inflammations secondaires de cette espèce qui se distinguent souvent par leur opiniâtreté ; ils apprtiennent surtout à la classe de ceux qui augmentent et entretiennent les sécrétions et les excrétions du corps et l'activité du système lymphatique. On administre à cet effet, vers la fin de la période de desquamation, des purgatifs composés de calomel et de jalap, ensuite l'éthiops antimonié, le soufre doré d'antimoine ou le tartre stibié à doses fractionnées ; on fait boire abondamment une infusion de douce-amère, de pensée sauvage, etc. On prescrit des bains émolliens tièdes avec le son, le savon, les cendres, etc. ; les convalescens doivent porter des habits de laine, habiter des chambres dont l'air soit chaud et sec, et éviter avec le plus grand soin tout refroidissement.

OPHTHALMIE MORBILLEUSE ET SCARLATINEUSE.

Ophthalmia morbillosa et scarlatinosa.

Ces deux phlegmasies ont cela de particulier, quelorsqu'elles ne sont pas compliquées, elles se manifestent ordinairement avant l'éruption de l'exanthème, et affectent toujours la forme d'ophthalmies externes ayant une marche rapide, appelées *humides* ou *séreuses ;* elles suivent alors les stades de la maladie principale. Chez les enfans scrophuleux, débiles, elles ne se développent souvent qu'à la fin de la maladie éruptive,

Il convient de traiter ces deux affections dans un même article, vu la grande ressemblance qu'elles ont entre elles.

Dans la première période on remarque un peu de rougeur d'abord à la conjonctive, ensuite à la sclérotique; il survient bientôt une photophobie, un écoulement de larmes âcres, qui augmente à chaque variation de température ou d'intensité de la lumière ; une douleur pongitive dans l'intérieur de l'œil; la cornée devient luisante dans quelques points, le nez sécrète un mucus âcre, et le malade éprouve une envie continuelle d'éternuer.

Dans la seconde période la rougeur de l'œil augmente, les bords des paupières rougissent vers leurs commissures et deviennent sensibles, la photophobie diminue, les larmes perdent de leur âcreté, et sur les points de la cornée qui étaient précédemment luisans et qui sont maintenant opaques, on voit s'élever des phlyctènes coniques qui se rompent et forment des ulcères (*epicaumata*) sécrétant un pus ténu et corrosif. Lorsque le pus de ces ulcères fuse vers la partie inférieure, entre les lamelles de la cornée, il survient une maladie de l'œil qui est connue sous le nom d'*ongle de la cornée* (1), et qu'il ne faut pas confondre avec l'*hypopyon*.

(1) On entend par ongle, *onyx*, *unguis*, *ungula cornecæ*, une collection de pus entre les lames de cette membrane, reconnaissant toujours pour cause l'inflammation. Ces dépôts purulens, lorsqu'ils sont peu considérables, se dissipent quelquefois après l'inflammation sous l'influence de l'emploi topique du laudanum ou de collyre et des pommades jouissant de propriétés astringentes, avec ou sans administration du calomel à l'intérieur. Lorsqu'ils sont considérables, il faut les ouvrir avec une aiguille à cataracte, pour empêcher qu'ils ne se rompent d'eux-mêmes en dedans. On favorise l'issue du pus en instillant sur la cornée une décoction de mauve que l'on peut aiguiser avec quelques gouttes d'eau-de-vie camphrée. Il suffit vers la fin, pour obtenir la guérison, de faire usage d'une dissolution de pierre divine ou de sulfate de zinc avec un peu de laudanum liquide. Il arrive quelquefois que ces abcès de la cornée, quand on les néglige, se dessèchent; ils doivent alors être traités comme nous l'avons indiqué en parlant des taies de cette membrane.

Pour ne pas confondre l'*onyx* avec l'*hypopyon* ni avec les taies de la

A cette période il y a une différence sensible entre l'ophthalmie scarlatineuse et l'ophthalmie morbilleuse ; l'écoulement de larmes âcres et la photophobie persistent plus long-temps dans la première ; la selérotique prend une teinte un peu violette, se montre disposée à devenir variqueuse ; en même temps les ulcères vont en s'agrandissant et se propagent à la conjonctive qui tapisse la sclérotique. Souvent l'iris partieipe aussi à l'inflammation dans la première période.

L'inflammation simple dans le premier stade permet un pronostic très-favorable ; mais si elle se manifeste chez un sujet scrophuleux, on la voit quelquefois dégénérer bientôt en une ophthalmie scrophuleuse qu'on est souvent obligé de combattre pendant long-temps.

Le pronostic est plus fâcheux dans la seconde période, surtout s'il existe déjà des ulcères, car alors il reste souvent des enfoncemens et des facettes sur la cornée. Lorsqu'une grande quantité de pus ichoreux s'est déposée entre les feuillets de cette membrane, et que l'absorption ne s'en opère que lentement, il peut en résulter un racornissement ineu-

cornée, on doit faire attention aux signes suivans : dans l'hypopyon, le pus est situé sur le plancher de la chambre de l'œil et présente une forme presque semi-lunaire. L'*onyx* de la cornée, qui, d'abord blanchâtre, devient peu à peu jaunâtre, présente des formes variées. Le pus de l'hypopyon change de place suivant qu'il est plus ou moins consistant lorsque le malade imprime des mouvemens à sa tête. Ces déplacemens sont surtout distincts quand le malade a été couché sur un côté vers lequel on voit alors pencher le pus. L'*ongula*, au contraire, est immobile. Le pus se trouve-t-il entre la conjonctive de la cornée et la lamelle la plus externe de cette membrane, on la voit, surtout en l'examinant de côté, soulevée dans le point malade, et en explorant avec le bout de la sonde, on y trouve de la fluctuation ; l'un et l'autre sont moins distincts lorsque le pus a son siége entre les lamelles les plus internes. Le *leucôme* de la cornée se distingue de l'*ungula* surtout par sa couleur blanche intense, qui, dans le dernier, tire toujours plus ou moins sur le jaunâtre. On se guide encore par le mode d'origine de ces deux affections de la cornée.

rable de la cornée (*phthisis corneæ*, *rhytidosis*). Une iritis qui a précédé peut facilement laisser après elle un rétrécissement de la pupille et une immobilité partielle de l'iris (1).

Du reste l'inflammation n'est due uniquement à l'exanthème que lorsqu'elle se manifeste avec lui ou peu de temps auparavant, et qu'elle se termine en même temps que cette affection. Quant à toutes les ophthalmies qui surviennent plus tard, leurs récidives semblent plutôt être dues aux écarts de régime, aux refroidissemens, etc., et appartenir aux ophthalmies scrophuleuses ou scrophulo-rhumatiques, ou bien elles sont compliquées de ces dyscrasies.

Pendant la première période il importe de mettre l'œil à l'abri de l'influence de ses excitans ordinaires; on diminue par conséquent la lumière de l'appartement, et l'on évite un air vicié, trop chaud, etc., en cherchant en même temps à prévenir la formation des ulcères qui se développent ordinairement dans la seconde période, par des vésicatoires appliqués derrière les oreilles, ou l'écorce de bois-gentil sur les bras.

(1) Chez une petite fille de cinq ans affectée d'une *ophthalmie scarlatineuse*, pendant laquelle il s'était développé une iritis modérée, j'observai vers la moitié inférieure du bord pupillaire un léger enfoncement que je reconnus pour un ulcère en l'examinant attentivement avec la loupe. Cet enfoncement s'accroissait d'une manière sensible; l'iris éprouva une perte de substance dans le point affecté et se montra comme corrodé, car la maladie étant guérie, la moitié inférieure de son bord était tout-à-fait dentelée. Du reste, l'humeur aqueuse ne fut pas sensiblement troublée pendant la durée de la maladie.

Cette observation est d'autant plus digne de remarque, que les auteurs ont moins parlé des ulcères de l'iris. M. Jourdan dit (*Dictionnaire des sciences médicales*, vol. XXVI, p. 82, Paris, 1818): « Je passe sous » silence les ulcères de l'iris, parce que le diagnostic en est fort obscur, » qu'ils résultent presque toujours d'une violente inflammation, que » l'hypopion les accompagne ordinairement, et que d'ailleurs il est im» possible d'y porter remède. » En général, beaucoup de médecins semblent ne pouvoir pas concevoir les ulcères de l'iris sans qu'il y ait l'hypopion.

Dans la seconde période, on doit tenir les yeux en contact avec un air sec et chaud, en les recouvrant de compresses chaudes et sèches; et si les phlyctènes sont ouvertes, on les touche avec une faible dissolution de pierre divine contenant une forte proportion de laudanum liquide de SYDENHAM :

℞ Pierre divine.	gr. ij.
Eau de roses.	℥ iij ß.
Laudanum liquide de SYDENHAM.	3 ß à 9j.
Mucilage de gomme arabique. .	3 ij.
Mêlez.	

Les bains généraux chauds sont en même temps indiqués; mais on doit se garder de les recommander dans les cas de scarlatine, s'il y a tendance à l'anasarque. Lorsqu'enfin la maladie dure encore et que l'exanthème est terminé depuis longtemps, on fait prendre à l'intérieur les *antimoniaux*, surtout le *soufre doré d'antimoine*, et en même temps le *camphre*, le *soufre purifié;* on emploie à l'extérieur les applications aromatiques sèches avec du camphre, la dissolution de pierre divine avec l'acétate de plomb et le laudanum liquide de SYDENHAM, ou la préparation suivante :

℞ Perchlorure de mercure. . . .	gr. j.
Mucilage de gomme arabique. .	3 ij.
Eau distillée ou eau de roses. . .	℥ iv à ℥ vj.
Mêlez en faisant dissoudre.	

Quelquefois on peut aussi faire usage de la pommade de JANIN, mais elle doit être légère, n'être appliquée que sur les paupières et avec beaucoup de précaution.

S'il ne s'est pas développé d'ulcère à la surface de l'œil, et qu'il reste encore pendant long-temps une exaltation de la sensibilité, avec larmoiement et rougeur de la conjonctive, on doit se servir également de moyens astringens, mais surtout de la

dissolution de sublimé dont nous avons déjà parlé, combinée avec l'extrait de jusquiame ou le laudanum.

OPHTHALMIE SYPHILITIQUE.

Ophthalmia syphilitica.

Cette affection est tantôt le produit de la syphilis confirmée, tantôt seulement un phénomène anormal de la blennorrhagie. Dans le premier cas, elle se manifeste, soit sous la forme d'une *iritis syphilitique*, soit sous celle d'une *ophthalmoblennorrhée syphilitico-scorbutique;* dans le second c'est toujours une *blennorrhée* des paupières et du bulbe, et elle est appelée *ophthalmie gonorrhoïque.*

INFLAMMATION GONORRHOÏQUE DES PAUPIÈRES DE L'ŒIL.

Blepharophthalmia et ophthalmia gonorrhoïca. Iritis medorrhoïca (1).

Elle est ou une véritable action morbide remplaçant la blennorrhée vénérienne, *ophthalmia gonorrhoïca vera*, ou bien elle est due à une infection de l'œil par la matière blennorrhagique; dans ce cas l'écoulement par l'urèthre continue à avoir lieu (2).

(1) C'est le nom que lui donne WENDT (*die Lustseuche in allen ihren Richtungen, und in allen ihren Gestalten*, etc. Breslau, 1816, p. 79, ou : La syphilis dans toutes ses directions et toutes ses formes) ; nous verrons plus loin si c'est avec raison.

(2) Il y a cependant des exemples où la force de l'inflammation déterminée dans l'œil par infection, prédomine tellement sur l'écoulement de l'urèthre, que celui-ci se supprime lorsque l'ophthalmie est établie. (Voyez les notes de la traduction allemande de l'ouvrage de BENJAMIN BELL sur la blennorrhagie de mauvaise nature, vol. I, p. 43.)

L'ophthalmie blennorrhagique vraie affecte surtout des sujets jeunes et robustes, et est très-rare. Plusieurs praticiens expérimentés ne l'ont jamais observée, entre autres WARE, SWEDIAUR, etc.

Voici comment elle se comporte :

Quelques heures, quelques jours et même plus long-temps encore après que la blennorrhagie a été tout à coup supprimée par le refroidissement, par des injections astringentes, un excès de boissons spiritueuses, l'usage de remèdes balsamiques (dans la période inflammatoire), ou de toute autre manière, on voit s'élever sur les bords des deux paupières une tumeur d'un rouge vermeil, dure, très-douloureuse, qui envahit rapidement toute l'étendue des paupières, ne tarde pas à se répandre également sur la conjonctive qui tapisse la sclérotique, et forme comme dans le *chémosis* simple, un bourrelet autour de la cornée, de couleur rouge-brique plus ou moins décidée, mais qui n'est pourtant pas aussi dur ni d'un rouge aussi intense que dans le *chémosis* dont nous venons de parler. En même temps la photophobie est portée au plus haut degré, les douleurs augmentent d'une manière extraordinaire dans l'œil, les parties voisines et dans toute la tête, au point qu'il survient de la fièvre, pendant laquelle le malade est dans un état voisin de la fureur. Bientôt la conjonctive des paupières et du bulbe oculaire commence à sécréter une grande quantité de mucus, d'abord blanchâtre, ensuite jaunâtre ou d'un jaune-verdâtre, ressemblant beaucoup par son aspect à la matière de la blennorrhagie ; en même temps la tumeur de la paupière supérieure s'accroît d'une manière effrayante, devient livide, recouvre tout le globe oculaire et reste pendante comme une masse charnue. Enfin il se forme du pus dans l'œil (*hypopyon*) ; les feuillets de la cornée se relâchent, se soulèvent et s'écartent les uns des autres, cette membrane finit par se rompre, et, si on n'apporte de prompts secours il en résulte une colliquation

complète du globe oculaire. Assez souvent la suppuration commence à la périphérie de la cornée avant qu'on ne puisse apercevoir des traces de pus dans la chambre antérieure; la cornée devient promptement opaque dans sa totalité, s'épaissit, se réduit à une consistance pultacée, se déchire sur plusieurs points, et détermine non-seulement un *staphylôme en grappe*, etc., mais assez souvent une colliquation complète du bulbe, après que le crystallin et le corps vitré se sont échappés au dehors.

Ordinairement la sécrétion muqueuse commence déjà vingt-quatre ou quarante-huit heures après la tuméfaction des membranes externes de l'œil; c'est aussi par l'extrême promptitude de ce passage à la sécrétion muqueuse que cette maladie se distingue du chémosis simple. Quoiqu'on ne voie d'abord pas d'ulcérations à la surface du globe de l'œil, le mucus semble néanmoins suinter de tous les points de la conjonctive en si grande quantité qu'il baigne souvent les joues.

La durée de cette ophthalmie est communément de quatre jours, il y a cependant des circonstances où l'inflammation survient après un temps plus long, souvent plusieurs semaines et même plusieurs mois après la suppression de la blennorrhagie; dans d'autres cas celle-ci n'est pas encore complètement disparue; alors, la maladie est toujours plus bénigne et d'une plus longue durée (1).

Le pronostic est assez favorable si le médecin est appelé dès le début, et que la sécrétion puriforme ne soit pas encore très-considérable, surtout quand il réussit à rappeler aussitôt l'écoulement primitif. La tumeur décroît alors peu à peu, l'inflammation diminue, se réduit à un *taraxis*, et les paupières seules restent enflammées plus ou moins longtemps. Mais si les parties externes et internes de l'œil

(1) Reil, *Memorabilia clinica*, vol. I, fasc. 1, p. 67, Richter, l. c. p. 63, et d'autres auteurs la nomment alors *Ophthalmia gonorrhoica chronica*.

sont le siége d'une abondante supuration, cet organe ne tarde pas à être détruit.

Il est encore à remarquer, relativement au pronostic, que pour l'ordinaire la maladie n'affecte qu'un œil (1), mais qu'il arrive souvent que les deux yeux sont en danger; l'un d'entre eux peut offrir alors les signes du plus haut degré, pendant que l'autre n'en présente encore que les premiers phénomènes.

Si le médecin est appelé au début de l'ophthalmie et que la maladie ait commencé peu de temps après la suppression de la blennorrhagie, il doit aussitôt prescrire un traitement antiphlogistique général et local (2), en cherchant avant toutes choses, d'après le conseil de Beer (3), à rappeler l'écoulement (4).

S'il existe encore des douleurs dans l'urètre, on prescrit des demi-bains, des cataplasmes de mie de pain, de lait et

(1) Ph. Fr. Walther, *Abhandlungen aus dem Gebiete der practischen Medicin*, etc., 1810, 1 Bd., S. 457.

(2) Ce qu'il y a de mieux à faire, d'après l'avis de Spangenberg (Horn's *Archiv.*, 1812, S. 272), de Wendt et d'autres, c'est de chercher à empêcher la sécrétion morbide de la conjonctive (qui se présente tuméfiée et formant une sorte de bourrelet), en excisant une portion de cette membrane avec des ciseaux et en laissant saigner abondamment la plaie.

(3) L. c., 1 Bd., S. 546.

(4) Il y a des médecins et même des praticiens distingués qui n'ont seulement pas jugé nécessaire de favoriser la guérison de cette ophthalmie par le rétablissement de la blennorrhagie, parce qu'ils ont vu des exemples (comme Bell, l. c., 1 Bd., S. 28) dans lesquels l'inflammation s'est très-bien dissipée sans cette précaution; cependant il arrive le plus souvent, surtout dans les degrés violens de cette affection, que l'organe de la vue est détruit si la blennorrhagie n'est pas rétablie. De même que le meilleur et le plus prompt moyen de guérir une paraplégie occasionée par une gale répercutée, une hépatite, une métrite, une entérite, etc., par une suppression des règles, consiste à rappeler aussitôt l'action supprimée, de même aussi l'ophthalmie blennorrhagique se guérit mieux en rappelant la blennorrhagie.

de safran, ou d'herbe de jusquiame, appliqués sur le périnée, et on les renouvelle toutes les deux heures; on baigne le pénis dans de l'eau tiède, on fait de fréquentes injections d'huile tiède dans l'urèthre(1); on applique aussi des ventouses sèches sur le périnée, et on introduit dans le canal des bougies sèches ou enduites de pommade de précipité rouge; ou, si l'urèthre est absolument sans douleur, des bougies enduites de matière blennorrhagique. En général il ne faut reculer devant aucun moyen, car toute minute de retard peut occasioner la cécité du malade.

On administre à l'intérieur des mixtures antiphlogistiques avec le sulfate de magnésie, ou le sulfate de soude; on donne le calomel à hautes doses; suivant les circonstances, à deux grains toutes les deux heures. Au commencement il faut éviter avec soin l'usage de toute espèce de collyres excitans. Lorsque la sécrétion muqueuse commence à se manifester, il convient de déterger fréquemment les yeux, avec précaution, et en employant le mélange suivant :

℞ Décoction de mauves soigneusement filtrée. . . . . ℥ vj.
et préparée avec ℥ ß de feuilles de cette plante. . . . . gr. vj.
Extrait d'opium. . . . . ʒ ß.
Mêlez, pour être employé tiède.

Plus tard on se sert de la préparation suivante :

℞ Décoction de scordium soigneusement filtrée, ʒ vj.
et préparée avec ʒ ij de cette plante.
Exrait aqueux d'opium. . . . . gr. vj.
ou :
Laudanum liquide de Sydenham. . . . ʒ ß.
Mucilage de gomme arabique. . . . ʒ ij.
Mêlez, pour être aussi employée tiède.

(1) Scarpa, l. c., vol. I, p. 215.

A cette époque la chaleur locale, sèche, non aromatique, est aussi utile, et est très-bien supportée par l'œil.

En général, dès que la phlogose est diminuée on applique des sinapismes sur les lombes, et on donne des pédiluves sinapisés. Plus tard on place sur la nuque un vigoureux emplâtre stibié; on le laisse non-seulement jusqu'à la suppuration complète des boutons, mais on le panse même pendant quelque temps avec des pommades irritantes. Ce n'est que vers la fin, lorsqu'il reste des traces d'inflammation chronique, que l'on doit essayer les collyres excitans, ceux, par exemple, qui sont formés de dissolutions de sublimé, etc.

Le reste du traitement est absolument le même que celui qui a été indiqué dans la blépharoblennorrhée et l'ophthalmoblennorrhée simples.

L'ophthalmie blennorrhagique provenant du contact de la matière de la blennorrhagie sur les paupières a une marche très-bénigne; elle ressemble en quelque sorte à la blépharophthalmie catarrhale, mais sans présenter les exacerbations et les rémissions qui sont propres à cette maladie; elle ne dégénère presque jamais en ophthalmoblennorrhée, et cède dans l'espace de huit à vingt-un jours, surtout si l'on a la précaution de faire prendre à l'intérieur un purgatif composé de calomel et de racine de jalap, et d'observer la plus grande propreté.

IRITIS SYPHILITIQUE.

Cette maladie affecte, soit des individus qui sont atteints de syphilis confirmée, soit des sujets chez qui les signes de la syphilis ne sont plus visibles depuis long-temps; elle envahit moins les parties profondes de l'œil que ses parties externes.

Symptômes. La sclérotique est d'un rouge pâle qui forme autour de la cornée un cercle assez large, plus visible vers cette dernière, moins visible en se rapprochant de la circon-

férence du globe oculaire; la cornée perd de son éclat, elle paraît matte, on observe un trouble de l'humeur aqueuse, une immobilité de l'iris; la pupille est rétrécie et devient en même temps anguleuse, elle se retire vers l'angle interne de l'œil et la racine du nez, on aperçoit une tuméfaction de l'iris, un renversement en arrière de cette membrane avec propulsion inégale vers la cornée, une photophobie et un épiphora : tels sont les premiers symptômes de la maladie. Enfin il survient aussi des douleurs ostéoscopes, qui commencent à se faire sentir vers la racine du nez et s'étendent, en suivant la direction de l'arcade sus-orbitaire, jusqu'à la commissure externe des paupières. Elles se manifestent, après le coucher du soleil, le soir à cinq, six ou sept heures, atteignent leur plus haute intensité vers minuit, et arrachent aux malades des cris et des gémissemens; enfin elles cessent vers quatre ou cinq heures du matin.

Après chaque nuit de souffrances on trouve la pupille plus resserrée, déplacée en haut et en dedans, la couleur de l'iris altérée, et derrière son ouverture on aperçoit des filamens de lymphe coagulable qui restreignent de plus en plus la faculté de voir. Si la maladie est abandonnée à elle-même en ce moment, il se manifeste vers les bords ciliaire et pupillaire de l'iris de petites productions bosselées et inégales, de couleur rougeâtre ou gris-jaunâtre, connues sous le nom de *crêtes de coq*, *condylômes* (1), qui remplissent souvent toute la chambre antérieure de l'œil, et peuvent même aller jusqu'à pousser la cornée en avant. Il se développe quelquefois en même temps des ulcères lardacés dans le tissu de la cornée et de la sclérotique, tandis que dans le voisinage de l'œil il se forme des tumeurs *gommeuses* et *tophacées* qui s'ulcèrent promptement.

Lorsque des affections syphilitiques générales sont compliquées d'ophthalmies catarrhales, rhumatiques ou trauma-

(1) Pl. IV, fig. 6.

tiques, ces ophthalmies dégénèrent souvent en une iritis syphilitique : ce mode d'origine de l'iritis semble même être le plus fréquent ; néanmoins ces complications ne devront rien changer à la méthode curative.

Pronostic. Lorsque la maladie est récente, et que le médecin peut administrer le mercure à dose suffisante, que l'exsudation de lymphe coagulable dans la pupille n'est pas excessive, le pronostic est favorable. Mais si la faculté de voir est entièrement abolie par la présence d'un réseau lymphatique, dense, tendu dans le milieu de la chambre postérieure de l'œil et de la pupille, on ne peut plus espérer de rétablissement complet de la vision. Il en est de même quand il existe déjà des condylômes, des ulcères de la cornée et des exostoses dans la région orbitaire ; et lorsqu'il s'y joint une décomposition de l'humeur vitrée (*synchysis*), qui peut être occasionée, du reste, par l'usage abusif du mercure, le malade ne conserve pas la moindre sensation de la lumière. Lorsque la syphilis est en même temps accompagnée d'exanthèmes ou de pustules ayant le caractère syphilitique, au front ou sur le bord des paupières, il peut en résulter facilement une destruction des cils et des sourcils, qui ne se régénèrent plus (*Alopecia, Madarosis*). Cependant il arrive quelquefois, dans les cas de syphilis générale, que ces productions pileuses tombent d'elles-mêmes sans autre affection locale.

Traitement. Il est ici nécessaire, avant tout, de faire promptement cesser les douleurs ostéoscopes, parce qu'après chacun de leurs paroxysmes, la pupille se rétrécit et devient plus opaque par l'effet de l'accumulation de la lymphe plastique. Pour remplir cette indication, il convient de faire des frictions le soir(1)sur la région sureilière avec l'onguent gris

(1) Par exemple :

℞ Onguent mercuriel gris. . . . . 3 ij.
Teinture d'opium safranée. . . . . gtt. xv à xx.
Mêlez.

Au lieu de teinture d'opium on peut aussi se servir de l'eau d'opium ;

uni à l'opium en quantité égale au volume d'un pois, et du couvrir l'œil avec une compresse de linge chauffée ; si, malgré ces moyens, les douleurs ostéoscopes ne paraissent pas devoir se relâcher, on doit faire répéter la friction pendant la nuit. On combat en même temps l'affection générale par le sublimé, ou le calomel uni à l'opium, lorsqu'on a à craindre pour les poumons du malade, en évitant également la diarrhée et salivation, que l'on traiterait cependant d'après les préceptes de l'art, si elles se manifestaient.

Si cette inflammation est le résultat d'une syphilis très-invétérée, les pilules suivantes rendent souvent d'importans services.

℞ Perchlorure de mercure. . . . gr. iv.
Opium pur. . . . . gr. iij.
Broyez avec quelques gouttes d'eau,
Puis ajoutez ensuite :
Extrait de réglisse purifié. . . . ʒ ij.

seulement il faut alors que la friction dure très-long-temps. La pommade suivante est également utile.

℞ Opium pur. . . . . gr. viij
Extrait de jusquiame . . . . . ℈ j.
Onguent gris. . . . . ʒ ij.
Mêlez très-exactement.

En général, le mercure employé à l'extérieur aussi bien qu'à l'intérieur, soit à doses fractionnées, soit à grandes doses, comme laxatifs, est un excellent remède dans plusieurs autres iritis spécifiques et dans la seconde période de l'iritis simple. Il arrive quelquefois après l'usage abondant du mercure dans toutes sortes de maladies, que l'œil, pour peu qu'il ait été exposé à un courant d'air, est affecté d'une iritis. Dans ces cas aussi le mercure combiné avec l'opium est très-utile, et semble en quelque sorte venir à l'appui de la devise des homœopathistes : *Similis simili curatur.* Des observations très-dignes de remarque ont été communiquées à ce sujet, surtout par M. Travers. (*Surgical Essays by* Astley Cooper *and* Benjamin Travers. *Part. I. London*, 1818.)

Poudre de lycopode q. s. pour faire 100 pilules.
Dont on fait prendre trois le matin à jeun, et autant le soir.

On peut arriver graduellement à tripler la dose matin et soir, et on fait prendre en même temps une tisane mucilagineuse. Il est indispensable que le malade se tienne chaudement, et suive un régime alimentaire adoucissant et maigre, à moins que sa constitution débilitée n'exige une diète plus nourrissante.

Lorsque l'inflammation est dissipée, on peut employer la chaleur sèche et un collyre composé d'une faible dissolution de sublimé, d'opium et d'un liquide mucilagineux. Vers la fin, on se trouve bien de l'usage d'une pommade faible de précipité rouge, que l'on applique sur l'œil ; ce moyen favorise puissamment la résorption des exsudations qui ont eu lieu dans la pupille. Lorsque l'œil est fort irritable, il est bon d'employer, au lieu de la pommade de précipité rouge, la préparation suivante :

℞ Protoxide de mercure. . . . gr. v à viij.
Axonge. . . . . 3 j.
Mêlez très-exactement.

Les ulcères ichoreux doivent être lavés avec une dissolution de pierre divine tiède, en ayant soin, chaque fois, de bien essuyer l'œil. Suivant Beer, on ne doit faire usage de la pommade de précipité rouge qu'après la guérison de ces ulcères.

Il n'est pas rare de rencontrer l'iritis syphilitique compliquée d'arthritis ; les symptômes consistent alors en un mélange de signes appartenant aux deux affections ; mais il est à remarquer que si l'arthritis prédomine sur l'affection de l'œil, le cercle blanc-bleuâtre, qui est propre à l'iritis arthritique, est alors presque aussi fortement prononcé que

dans l'iritis arthritique simple (1). Les révulsifs appliqués à la peau, qui sont en général inutiles et même nuisibles dans l'iritis syphilitique, peuvent être tentés dans les cas de complication arthritique, lorsque l'inflammation a déjà été mitigée.

OPHTHALMOBLENNORRHÉE SYPHILITICO-SCORBUTIQUE.

Ophthalmoblennorrhœa syphilitico-scorbutica.

Cette maladie se développe, d'après Beer, chez des sujets affectés de syphilis négligée, et tellement épuisés par les excès et la crapule, qu'ils présentent tous les caractères d'une cachexie scorbutique. Une cause qui n'agit qu'avec une énergie modérée, une ophthalmie catarrhale, par exemple, peut provoquer, chez ces individus, la maladie qui nous occupe.

Symptômes. Sans qu'il y ait eu simplement une blennorrhagie préalable ou une suppression de cette maladie, on voit s'élever rapidement des bords des paupières une tumeur inflammatoire d'un volume énorme, d'une couleur rouge-bleuâtre, offrant peu de sensibilité, accompagnée d'une démangeaison et d'une cuisson incommodes aux paupières, mais sans photophobie. En même temps la conjonctive du globe oculaire devient entièrement violette et se soulève, sous forme de vésicules plus ou moins grandes, tout autour de la cornée, en sorte que les paupières immobiles ne peuvent plus la recouvrir; la paupière inférieure forme souvent un ectropion violet, fongueux, qui saigne facilement; à ces accidens se joint une blennorrhée abondante de la paupière supérieure, et un pouls faible, souvent intermittent.

En outre les malades offrent toujours des traces actuelles de syphilis et de scorbut; cette dernière affection surtout se

(1) Voy. pl. IV, fig. 7.

reconnaît à la pâleur des lèvres, à la lividité des gencives qui saignent au moindre contact, à la respiration fétide, aux dents noires et corrodées. Du reste la colliquation s'empare de l'œil très-peu de temps après que l'ophthalmoblennorrhée s'est montrée; souvent cela arrive au bout de douze à vingt-quatre heures.

Le pronostic est extrêmement fâcheux, car la maladie se termine souvent par la mort.

Traitement. On doit suivre ici la méthode indiquée pour la seconde période de l'ophthalmoblennorrhée simple; mais la syphilis existante ne doit pas être combattue par le mercure, parce que la plus petite dose de ce médicament déterminerait une salivation terrible, ou une diarrhée colliquative.

OPHTHALMIE PSORIQUE.

Psorophthalmia.

Il est peu d'ophthalmies dont la nature ait été déterminée avec aussi peu de précision, et depuis une époque plus récente, que celle dont nous allons nous occuper. Cela dépend sans doute du peu de connaissances que l'on avait sur les maladies chroniques de la peau; mais les efforts des médecins de nos jours tendent de plus en plus à remplir cette lacune.

On donnait autrefois le nom de *psorophthalmie* à toutes les ophthalmies dans lesquelles les paupières étaient le siége d'un prurit, et offraient des croûtes ou des ulcérations; on la confondait avec les blépharoblennorrhées simples et compliquées; on en traitait au chapitre des ophthalmies exanthémateuses, et on les distinguait suivant qu'elles étaient la suite des *dartres*, du *crusta lactea* et *serpiginosa*, du *tinea capitis*, du *favus*, du *scobies*, etc.

On sait aujourd'hui, depuis que les différens caractères des

maladies chroniques de la peau ont été mieux déterminés par les efforts de Rob. Willan et de Th. Bateman, que ce sont les affections comprises dans les deuxième et cinquième ordres établis par ces auteurs, c'est-à-dire les exanthèmes squammeux et pustuleux, qui montrent surtout une propension à se porter sur les paupières.

Nous devrions parler ici seulement de la psorophthalmie qui ne peut être déterminée que par le virus psorique, et qui par conséquent, mérite véritablement cette dénomination; mais nous dirons aussi quelque chose des autres prétendues psorophthalmies qui reconnaissent pour cause d'autres espèces d'exanthèmes.

La gale n'affectant pas la peau du visage, comme on sait, la psorophthalmie proprement dite se manifeste, soit à la suite d'une suppression subite de cet exanthème, mode d'origine peu fréquent, soit à la suite d'une infection des paupières par le virus psorique. Cette ophthalmie véritablement psorique revêt toujours, suivant Beer (1), la forme d'une blépharophthalmie.

Symptômes de cette inflammation. Le malade ressent un prurit violent des bords des paupières qui se gonflent et prennent une couleur rouge-foncée; il s'élève sur tous les points de cette tumeur de petites pustules qui finissent par s'ouvrir et se transforment, en faisant éprouver une douleur cuisante, en ulcères sanieux qui, après s'être couverts de croûtes, pénètrent de plus en plus profondément. Il se forme toujours de nouvelles pustules qui, en peu de temps, recouvrent la surface de la tumeur, ce qui donne aux paupières un aspect qu'on a comparé à celui d'une figue coupée, phénomène qui a été désigné sous les noms d'état rugueux des paupières, *dasyma*, *sycosis*, *palpebra ficosa*. Lorsque les ulcères ichoreux pénètrent très-profondément sur le bord des paupières, les bulbes des cils finissent par être détruits (*Madarosis*, *Alope-*

(1) L. c., 1 B., S. 565.

tia) (1), et il peut rester même à la fin un trichiasis ou un ectropion incurables. Il arrive quelquefois que les enfans affectés de cette maladie, en ouvrant avec force les paupières qui sont collées ensemble le matin, occasionent le saignement des bords palpébraux, et déterminent par là une adhérence partielle entre eux.

Pronostic. Si la psorophthalmie est survenue à la suite d'une infection des paupières par le virus psorique, si l'inflammation est récente et que le malade se tienne proprement, le pronostic est alors favorable. Mais si des circonstances opposées se présentent, si déjà il s'est formé un *trachoma*, ou que la conjonctive du bulbe oculaire soit affectée, le pronostic est très-fâcheux. A la psorophthalmie supprimée par des pommades saturnines succède souvent un obscurcissement de l'humeur vitrée (*glaucôme*), qui prive pour toujours le malade de la lumière.

Traitement. Si la psorophthalmie est le résultat d'une infection locale, un traitement topique est suffisant. Le malade doit observer une grande propreté, laver les points affectés avec une infusion chaude de *scordium*, de *millefeuilles* ou d'*aunée*, qui doit être simple d'abord; plus tard, lorsque les douleurs et la tension ont cessé, on combine avec elle une quantité de sulfure de potasse proportionnée à la sensibilité de l'œil. Le malade doit s'essuyer ensuite chaque fois avec soin. Pour que ces moyens soient efficaces il faut naturellement que les croûtes existantes soient d'abord ramollies et enlevées autant que possible, en se servant d'huiles douces, telles que celles d'amandes, de noix, etc., ou des infu-

(1) Ces deux dénominations s'appliquent en général à toute chute des productions pileuses et surtout à celle des cheveux. Lorsque les sourcils tombent par suite de psorophthalmies étendues, de brûlures, de plaies, de variole ou de maladies internes graves, et ne se régénèrent plus, on peut, pour obvier à la difformité qui en résulte souvent pour la face, faire usage de sourcils artificiels que l'on fait confectionner chez un coiffeur habile.

sions que nous venons d'indiquer, ou encore de celle de camomille. Lorsque ces ulcères se dessèchent, et que la peau sous-jacente conserve encore sa rougeur, son humidité et sa sensibilité, on doit appliquer tous les soirs sur les paupières une quantité de la pommade suivante, égale au volume d'une lentille :

℞ Beurre frais non salé. . . . . ℥ß.
Vitriol de Chypre. . . . . gr. x.
Camphre. . . . . gr. iv.
Tutie préparée. . . . . gr. vj.
Mêlez exactement pour faire une pommade.

S'il n'y a pas d'amélioration, on remplace cette pommade par la suivante :

℞ Deutoxide de mercure.
Beurre frais non salé.
Cire jaune.
Mêlez exactement.

Si la maladie résiste encore, il faut enfin avoir recours à la pommade de Janin, dont on ne doit cependant faire usage que tous les deux jours.

Si la psorophthalmie est au contraire consécutive à une répercussion de la galle, il faut, indépendamment du traitement local, soumettre encore le malade à un traitement général. On prescrit par conséquent les antimoniaux, le soufre ou le camphre ; on fait prendre des bains sulfureux, et, avant tout, on frictionne l'ancien siége de l'exanthème avec la pommade stibiée ; ou lorsque ce siége est trop éloigné de l'œil, on applique cette pommade derrière les oreilles. Si la maladie se montre rebelle à tous les médicamens, il faut rappeler

l'affection de la peau qui a été supprimée (1). On doit se garder d'employer des topiques saturnins, soit que la maladie dépende d'une répercussion de la gale, soit qu'elle provienne d'une infection des paupières par le virus psorique.

Les prétendues *psorophthalmies* qui accompagnent un exanthème chronique de la peau autre que la gale, ou qui se sont manifestées plus ou moins long-temps après la suppression de ces affections peuvent être facilement reconnues, si on examine soigneusement l'exanthème, et traitées convenablement. Quant au pronostic de ces maladies en général, il est assez favorable dans la plupart des cas si elles sont bien reconnues, si elles ne sont pas invétérées et n'ont pas été négligées. Il est cependant des exanthèmes qui en se portant sur l'œil peuvent détruire très-promptement cet organe (2). Les révulsifs à la peau, les laxatifs fréquens à l'intérieur, joints à la plus grande propreté, sont ici les moyens curatifs généraux, qui rarement sont contre-indiqués; mais il faut en même temps, autant que possible, traiter la maladie de la peau suivant sa forme particulière (3).

Les affections scabieuses, porrigineuses et impétigineuses de la peau ont une sorte de prédilection pour les paupières.

(1) Callisen (*Système de la chirurgie moderne*, 1re partie) et plusieurs autres disent : « On guérit difficilement l'ophthalmie qui est due à une répercussion de gale et qui résiste à tous les moyens, si on ne parvient pas à rétablir l'exanthème.

(2) J'ai donné des soins, il y a peu de temps, à un enfant âgé de deux ans qui était affecté du *crusta serpiginosa*, ainsi nommé par Wichmann. L'exanthème n'existait que depuis neuf jours, et s'était étendu le second jour sur les paupières, principalement sur celle du côté droit. En ouvrant avec précaution l'œil dont les paupières étaient collées, je trouvai un staphylôme de la cornée parfaitement formé. Le lendemain, la conjonctive oculaire était peu rouge, sur ces entrefaites l'exanthème s'était davantage rapproché de l'œil; mais les progrès ultérieurs en furent arrêtés.

(3) Voyez Th. Bateman. *Exposé pratique des maladies de la peau, d'après le système de* Willan.

Le traitement local varie d'après le degré d'opiniâtreté de l'affection et de la sensibilité du malade ; souvent l'application des topiques indiqués contre la psorophthalmie est suffisante, après que les croûtes qui recouvrent les paupières ont été ramollies avec de l'huile d'amandes ou avec de l'eau ou du lait chaud. S'il existe sur les paupières des excoriations et des ulcères rebelles, principalement chez des sujets d'une constitution peu irritable, il faut recourir à des moyens plus énergiques, par exemple à la pommade *citrine*, à la *pierre infernale*, dont l'emploi exige beaucoup de précaution. Il est cependant rare que ces moyens puissent être employés chez les enfans.

Je dois encore parler de la *croûte laiteuse* qui, lorsqu'elle est intense, affecte aussi les paupières. Cette maladie, qui, lorsqu'elle se porte à l'œil, prend la forme de *blennorrhée* simple, suit ordinairement une marche lente et bénigne. Ce n'est que dans les cas les plus graves, chez des enfans débiles, d'une constitution lâche, scrophuleuse, lorsque la maladie est négligée ou mal traitée, qu'elle envahit le globe oculaire lui-même, dont la conjonctive devient rouge, il se forme alors quelquefois des ulcères à la cornée qui peuvent perforer cette membrane, ou au moins y laisser des taies. Il est presque toujours utile de commencer le traitement par un purgatif consistant en un mélange de calomel et de rhubarbe ou de jalap, et même lorsqu'il y a du dévoiement, on peut donner à un enfant au dessous d'un an un grain de calomel et huit grains de rhubarbe ; dans aucun cas, le dévoiement s'il est de bonne nature ne doit être supprimé. Après l'administration du purgatif, on retire de grands avantages de l'emploi d'une infusion théiforme de pensée sauvage, comme boisson habituelle, avec ou sans addition de lait, mais toujours suerée, et la maladie ne tarde pas à diminuer et à guérir. On fait à l'extérieur des fomentations tièdes avec une infusion filtrée de pensée sauvage et de scordium, en observant la plus grande propreté. Si la

cornée est le siége d'ulcères qui menacent de devenir dangereux, on fait des frictions sur la nuque avec la pommade stibiée, et on instille quatre fois par jour entre les paupières une petite quantité du collyre suivant, qui doit être tiède.

℞ Décoction de mauves préparée
avec ℥ ß, et filtrée avec soin. ℥ iv.
Laudanum liquide de SYDENHAM. ʒ ß.
Pierre divine. . . . . gr. ij.
S. Mêlez.

Il est encore d'autres éruptions qui sans appartenir à la face en particuliers'y font cependant remarquer d'abord dans le plus grand nombre des cas, et sont susceptibles de se propager, soit aux paupières, soit au globe de l'œil lui-même. Il serait inutile pour la pratique que je cherche à décrire chacun de ces exanthèmes en particulier; aussi je me bornerai à parler en général de cette espèce d'affections inflammatoires spécifiques, sans perdre de vue le but pratique de cet ouvrage. Etant à portée d'observer journellement un nombre considérable de maladies, je m'efforcerai de jeter quelques lumières sur leur histoire qui est encore assez obscure, et de faire connaître le traitement le plus avantageux, qui m'a constamment réussi, excepté dans les cas où les malades ne m'étaient présentés qu'après que leurs yeux avaient déjà éprouvé des lésions organiques considérables.

En exceptant les personnes affectées d'exanthèmes produits par la syphilis, les malades que je traite pour ces maladies particulières sont presque tous des enfans qui n'ont pas encore atteint leur quinzième année, et chez la plupart desquels on peut démontrer au moins une disposition scrophuleuse. Ces affections se montrent plus rebelles chez les enfans qui sont nés et ont été élevés au sein de la malpropreté et dans des habitations humides, mal aérées, ou chez ceux dont les parens vivent dans la misère et sont sous l'influence

d'affections dyscrasiques. Elles menacent plus directement la vue lorsqu'elles ont été précédées d'une suppression totale ou partielle de ces éruptions, et quand l'inflammation s'est développée dans l'œil évidemment à la suite de ces suppressions. Dans beaucoup de cas les exanthèmes paraissent occasionés non-seulement par les scrophules, mais encore par plusieurs dyscrasies qu'on distingue de cette affection, telles que le rachitis, etc. Il semblerait même que dans la plupart des cas l'éruption de la peau représente en quelque sorte la crise de l'affection générale, d'où il résulte par conséquent que le traitement doit être dirigé avec beaucoup de prudence. Aussi je considère ordinairement ces éruptions comme étant l'expression des efforts que fait la nature pour éloigner des organes importans l'affection interne, d'autant plus que leur transport sur l'organe de la vue est le plus souvent favorisé par un concours de circonstances fâcheuses. Les inflammations qui en résultent ne commencent pas ordinairement sur le globe de l'œil, excepté dans les cas de métastase ou lorsque ce sont de véritables ophthalmies scrophuleuses. Dans ces circonstances la maladie peut, sans doute, avoir son point de départ dans l'œil lui-même, se propager aux autres parties de la face, et occasioner dans le voisinage du bulbe oculaire de graves accidens capables de déterminer quelquefois des exanthèmes qui à leur tour reviennent de la face sur l'œil.

En général, on voit se manifester, d'abord sur le visage seulement ou sur plusieurs parties du corps, des pustules isolées, qui occasionent une démangeaison plus ou moins vive, s'ouvrent après un espace de temps qui est variable, et forment des croûtes qui s'étendent graduellement et se confondent souvent entre elles. Peu à peu elles gagnent les paupières, qui bientôt se tuméfient, rougissent, et sont collées ensemble par une mucosité plus ou moins épaisse, qui paraît devoir garantir la surface des yeux contre de plus graves accidens. Cependant ce ne doit pas être un motif

pour que le médecin s'abstienne d'examiner l'œil avec la plus grande attention. Si l'exanthème se communique à la conjonctive oculaire, ce qui paraît être dû quelquefois aux frottemens continuels qu'exercent les malades, certains points de l'œil deviennent douloureux, cet organe est larmoyant, il redoute le contact de la lumière et paraît plus ou moins rouge. Si, à cette période, la maladie est abandonnée à elle-même, si elle est négligée ou entretenue par un genre de vie peu convenable, par la malpropreté et l'habitation dans des lieux humides, il peut se développer des ulcères à la surface de la cornée, qui perforent cette membrane dans un temps plus ou moins long et détruisent la vue. Les paupières peuvent aussi s'ulcérer ; il arrive même que le pus sanieux corrode le cartilage tarse, qui souvent alors se racornit, d'où résultent des ectropions ou des entropions; dans les cas les plus graves il y a de la fièvre.

Le traitement qui convient à cette espèce d'ophthalmie, quoique un peu lent, est néanmoins certain dans ses effets, si les ulcères de la cornée ou des paupières sont encore à leur début et que les enfans ne soient pas trop débiles ou affectés d'une atrophie complète.

On doit, avant tout, déterger les yeux avec soin, au moyen d'une infusion théiforme tiède de camomille, les ouvrir, les examiner avec soin, et instiller quatre à six fois par jour entre les paupières le collyre suivant dont la température doit être tiède.

℞ Perchlorure de mercure. . . .	gr. ß.
Eau de roses.	℥ vj.
Mucilage de gomme arabique . .	ʒ iij.
Laudanum liquide de Sydenham. .	℈ ij.

Mêlez.

On administre en même temps un purgatif composé de deux à quatre grains de calomel et de dix à vingt grains de rhubarbe ou de jalap. Après la purgation on peut continuer pendant quel-

ques jours l'usage du calomel uni à la ciguë et à la racine de jalap, ou au soufre doré d'antimoine. Plus tard, on peut passer à l'usage de l'éthiops antimonié, du soufre, du tartrate de potasse, de la douce-amère, de la pensée sauvage, de la racine de patience sauvage (*lapathum acutum*), etc. Les mixtures légèrement résolutives paraissent agir d'autant mieux qu'elles provoquent trois ou quatre selles pultacées par jour.

En suivant ce traitement, et en tenant les malades dans un lieu sec et propre, en leur recommandant de s'abstenir des alimens gras et âcres et des boissons acides, on voit non seulement l'inflammation des yeux, mais encore l'éruption cutanée se dissiper entièrement.

On ne doit jamais céder à la tentation d'employer des topiques astringens ou même saturnins contre l'affection exanthémateuse; l'œil ne doit non plus être détergé qu'avec une infusion théiforme de camomille tiède, ou toute autre semblable. Si le collyre contenant du sublimé n'est pas bien supporté, on peut employer, surtout s'il y a des ulcères à la cornée, une dissolution faible de pierre divine avec le laudanum liquide de Sydenham, toujours à la température tiède.

Les ophthalmies que l'on observe chez les enfans, à la suite d'une suppression partielle ou totale d'un exanthème du cuir chevelu, de la face ou d'autres parties du corps, se comportent ordinairement d'une toute autre manière; cependant les nuances plus fortes de ces inflammations, telles que je vais les décrire, sont heureusement rares. Les accidens sont en général d'autant plus violens et plus dangereux que l'exanthème a existé pendant un temps plus long, et a commencé plus brusquement à se guérir sur quelqu'un de ses points ou dans toute son étendue.

Une photophobie subite, un larmoiement, surtout de l'un des deux yeux, des douleurs aiguës, pongitives dans cet organe, et une rougeur qu'on observe principalement sur la sclérotique, qui offre une teinte tantôt d'un rose pâle, tantôt d'une teinte tirant sur le bleuâtre, tels sont premiers symp-

tômes de cette affection désastreuse. Bientôt après, les malades éprouvent des douleurs dans la région sus-orbitaire, qui sont plutôt gravatives que déchirantes et surviennent ordinairement vers le soir. La céphalalgie devient générale, et il se manifeste des symptômes d'iritis, la pupille est paresseuse et finit par être immobile, resserrée et anguleuse; elle s'obscurcit, non comme s'il s'y opérait une exsudation de tissu fibrineux, mais comme si elle était obstruée par une masse purulente homogène. La couleur de cette membrane est altérée, son tissu même semble en quelque sorte dépérir; elle prend un aspect uniforme et comme lavé. La transparence de l'humeur aqueuse elle-même paraît troublée, mais il est rare qu'on aperçoive du pus dans la chambre antérieure. C'est surtout chez des enfans de sept à quinze ans, et quand les paupières ne sont pas trop gonflées, qu'on observe tous ces phénomènes. La céphalalgie, qui ne se faisait d'abord sentir que dans la région sus-orbitaire de l'œil affecté, devient peu à peu plus générale. Il survient de la fièvre, de l'insomnie, du délire le soir; la soif est vive, il y a de l'inappétence, le malade est souvent agité au plus haut degré.

Les nuances les plus fortes de cette inflammation ont une marche très-rapide; si l'on ne parvient pas à y remédier promptement, la vue est irrévocablement perdue; car on ne peut pas même espérer de la rétablir en pratiquant une pupille artificielle, quand il est trop tard, parce que les ravages occasionés par ces ophthalmies ne sont presque jamais bornés à l'iris. Le pronostic n'offre quelques chances un peu favorables que lorsque le médecin est appelé assez à temps, quand il soupçonne de bonne heure la cause de la maladie, et qu'il peut agir aussitôt avec toute l'énergie nécessaire. Le médecin expérimenté, l'observateur exercé, reconnaissent l'intensité de l'affection, dès son début, à un aspect tout particulier de l'œil, que l'on n'est pas habitué à rencontrer chez les enfans, mais seulement chez des individus dyscrasiques d'un âge plus avancé.

Le traitement diffère tout-à-fait de celui des ophthalmies provenant d'exanthèmes cutanés qui se sont propagés jusqu'à l'œil. Lorsque les douleurs gravatives se font sentir au-dessus des sourcils, il faut suivant l'âge du petit malade, appliquer de trois à dix sangsues aux tempes, administrer le calomel à des doses capables de produire rapidement une très-forte diarrhée, que l'on peut entretenir par l'administration de légers laxatifs; si l'exanthème a eu son siége au cuir chevelu, on rase les cheveux et on y fait de quatre à six frictions par jour avec la pommade stibiée, contenant une forte proportion de tartrate antimonié de potasse, afin d'obtenir, dans l'espace de vingt-quatre heures, une éruption sur une surface de la largeur de la paume de la main; mais on doit se garder de provoquer l'éruption artificielle dans le voisinage de l'œil. Pour calmer plus promptement les douleurs que le malade ressent au dessus des sourcils, et pour prévenir les lésions organiques de l'œil, il est bon de faire, sur la région sourcilière des frictions avec un mélange d'*onguent gris* et d'*opium*. Si des ulcères se développent à la surface de la cornée ou qu'il se forme un hypopyon, on doit mettre en usage les topiques convenables en prenant les précautions que nous avons déjà indiquées; mais il ne faut pas oublier que dans les degrés les plus violens de cette ophthalmie, et surtout au commencement, les topiques, principalement les collyres très-excitans, sont nuisibles. Les bains généraux à une température tiède ne servent que pour le traitement consécutif; car tant que l'inflammation est intense, ils semblent d'après les résultats de mes observations, être plus nuisibles qu'utiles. Au reste, indépendamment de l'emploi de la pommade stibiée, il ne faut nullement négliger les autres dérivatifs.

OPHTHALMIE SCROPHULEUSE.

Ophthalmia scrophulosa.

Cette ophthalmie est la plus fréquente de toutes. Le professeur Beer comptait qu'en général, à Vienne, sur cent ophthalmies, quatre-vingt-dix sont scrophuleuses (1).

Cette espèce de phlegmasie si généralement répandue, et qui est surtout plus particulière à l'enfance, est tantôt primitive et tantôt secondaire. C'est à juste titre qu'elle mérite la plus grande attention de la part du médecin; car quoiqu'elle détermine rarement la cécité, si on la traite à temps et d'une manière convenable, il n'est cependant pas rare qu'elle laisse après elle des taches et des cicatrices sur la cornée. Ces taches, ces cicatrices troublent la vue, et persistent souvent pendant tout le reste de la vie, soit que les parens du malade les considèrent comme insignifiantes et les abandonnent à la nature, soit qu'ils reculent devant la longueur du traitement, ou qu'ils n'aient pas assez de persévérance pour le conduire à bout après l'avoir commencé.

Bien qu'en général la maladie scrophuleuse soit toujours la même, et ne varie que sous le rapport du degré et de la forme, nous devons néanmoins indiquer une différence qui repose sur la constitution particulière à chaque malade, et qui modifie la marche de cette affection ainsi que le pronostic et le traitement. Ces malades peuvent être divisés en gé-

(1) Dans le nord de l'Allemagne le rapport des ophthalmies scrophuleuses aux autres ophthalmies paraît être presque aussi considérable. En Italie, au contraire, et surtout dans les contrées méridionales de ce pays qui sont éloignées de la mer, je n'ai observé que très-rarement des scrophules et des ophthalmies ayant ce caractère, même dans les classes les plus pauvres qui se nourrissent presque uniquement de *polenta*, qui est cependant un aliment très-indigeste.

néral en deux classes principales : 1° ceux qui sont peu irritables, stupides, qui se distinguent par un aspect pâle et bouffi, par la largeur de la mâchoire inférieure, l'épaisseur de la lèvre supérieure et des ailes du nez, par une taille courte et ramassée, par des chairs molles; 2° ceux dont le corps est mince et grêle, le cou long, la poitrine étroite et aplatie, les cheveux blonds, les yeux bleus, les joues d'un beau rouge circonscrit, et qui sont très-sensibles et très-irritables. Les premiers sont souvent affectés en même temps d'exanthèmes scrophuleux de la peau, d'écoulemens blancs, d'engorgemens glanduleux, d'inflammations articulaires et de carie; leurs dents sont souvent sales et d'une couleur tirant sur le jaune. Les seconds, au contraire, sont plus sujets aux affections catarrhales, ils éprouvent plus fréquemment des points de côté, des épistaxis, des constipations; leurs dents sont en général très-blanches, leur pouls s'accélère sous l'influence de la moindre excitation. Quoique le traitement et le régime général doivent être les mêmes pour l'une et l'autre classe de ces malades, puisqu'une diète modérée, la propreté, l'usage d'un air sec et chaud et un exercice convenable du corps leur conviennent également, et qu'ils doivent s'abstenir de toute espèce d'alimens indigestes, tels que le pain peu cuit, les pâtisseries au beurre et autres mets confectionnés avec de la farine, les *tartines de beurre*, les légumes secs, les viandes grasses, les acides et les alimens trop salés, etc.; cependant il est utile que les premiers dorment moins longtemps, qu'ils prennent plus d'exercice et suivent un régime plus analeptique que ceux de la seconde classe, auxquels on peut accorder, mais seulement vers la fin de la maladie, pour consolider la guérison, un peu de bière fortement chargée en houblon, tandis que l'usage de cette boisson, du café et même d'un peu de vin est utile aux premiers, soit pendant soit après le traitement. En général il faut avoir soin que les malades qui appartiennent à la première classe, suivent un régime alimentaire plus nourrissant et plus tonique que ceux de la

seconde; le lait sera pour ceux-ci, pendant le traitement, ce que la bière doit être pour ceux-là. C'est sur les mêmes principes qu'il faut baser le choix des médicamens à employer que nous indiquerons plus loin. Néanmoins il ne faut pas croire que ces deux caractères soient toujours nettement tranchés; car on les trouve souvent réunis chez le même individu, qui doit alors être traité selon que les signes qui appartiennent à la première ou à la seconde classe sont prédominans.

Il est rare que le médecin soit appelé assez à temps pour qu'il puisse traiter l'inflammation pendant la période *active*, car celle-ci se passe avec une extrême rapidité.

L'ophthalmie scrophuleuse offre des différences sous le rapport du siége : quand les paupières seules sont malades, on nomme cette affection *blepharophthalmia glandulosa scrophulosa;* quand c'est la partie antérieure du bulbe oculaire qui est enflammée, *ophthalmia scrophulosa externa ;* si c'est dans le sac lacrymal que réside plus spécialement l'inflammation, *blennorrhœa sacci lacrymalis scrophulosa*, ou *dacryocystaglia cacochymica*, ou encore *dacryoblennorrhœa*. Ordinairement la seconde forme accompagne la première, ou au moins se montre fréquemment à sa suite ; aussi il est possible de les décrire ensemble, c'est ce que nous allons faire.

Symptômes. Les bords des paupières deviennent un peu rouges et se tuméfient, tandis qu'elles sont le siége d'une sensation cuisante; il y a en même temps larmoiement et photophobie, phénomènes qui sont cependant plus marqués chez les sujets vifs et irritables que chez des individus à fibre lâche et molle. La sécrétion des glandes de Meibomius est augmentée dans le commencement, en sorte que les paupières se collent très-facilement entre elles. Les larmes qui coulent hors de l'œil sont tellement âcres, qu'elles excorient les parties avec lesquelles elles sont en contact, et produisent souvent des tuméfactions œdémateuses dans le voisinage des yeux.

Peu à peu la conjonctive oculaire participe à l'inflammation ; elle offre une rougeur diffuse. On remarque des faisceaux de vaisseaux sanguins qui convergent vers la cornée, et dont quelques-uns dépassent le bord de cette membrane et se prolongent jusque vers son centre. La sclérotique devient rouge, et chez les sujets d'une constitution molle, il se manifeste à l'extrémité des faisceaux vasculaires des abcès qui ne tardent pas à dégénérer en ulcères (1), offrent souvent des végétations charnues, perforent la cornée et déterminent ainsi des staphylômes, etc., quand l'iris vient à s'engager dans l'ouverture. Chez les sujets vifs et irritables, au contraire, il se forme des phlyctènes qui s'ouvrent et occasionent souvent une véritable hernie de la cornée ou *kératocèle*. Ils éprouvent non-seulement une photophobie beaucoup plus prononcée et des spasmes douloureux des paupières plus fréquens et plus continus, mais leurs ophthalmies scrophuleuses dégénèrent beaucoup plus souvent en *iritis* et par suite en un staphylôme général de la cornée. Cette phlegmasie, chez eux, ressemble davantage à l'ophthalmie rhumatique, ce que paraissent indiquer non-seulement une douleur particulière, une photophobie extrêmement prononcée et l'épiphora, mais encore la rougeur de la conjonctive et de la sclérotique, qui, au bout de quelques jours seulement, lorsque les douleurs ont cessé, présente sur le globe oculaire la disposition fasciculée des vaisseaux sanguins qui est particulière à l'ophthalmie scrophuleuse.

Du reste l'ophthalmie scrophuleuse a souvent, dès le principe, l'apparence d'une inflammation catarrhale des paupières. Les malades éprouvent des éternuemens, parce que la membrane pituitaire est irritée sympathiquement, les narines sécrètent un mucus ténu, et âcre, et présentent tous les signes du coryza. Mais quoique l'ophthalmie scrophuleuse offre en cela beaucoup d'analogie avec l'ophthalmie catarrhale, elle

(1) Planche IV, fig. 8.

s'en distingue néanmoins essentiellement en ce qu'elle éprouve des rémissions vers le soir, époque à laquelle les douleurs et la photophobie diminuent, tandis que l'ophthalmie catarrhale éprouve au contraire alors des exacerbations. Outre les symptômes que nous venons d'indiquer, on remarque encore les signes de l'affection scrophuleuse générale, lorsque celle-ci est plus développée; ou bien ils ne sont que peu sensibles si le malade n'a qu'une faible disposition à cette maladie.

Il est rare que l'ophthalmie scrophuleuse dégénère en *blépharoblennorrhée* et en *ophthalmoblennorrhée;* mais aussi elle laisse plus souvent après elle des callosités sur les bords des paupières (*tylosis*), et quelquefois une perte des cils (*milphosis, ptilosis*), qui n'est le plus souvent que passagère, parce que leurs bulbes n'ont pas été détruits. Le *tylosis* survient à la suite de plusieurs orgeolets situés les uns à côté des autres, dont la terminaison a été incomplète; les bords des paupières offrent alors au toucher des *tubercules* ou des *nodosités*. Il peut succéder aussi à une inflammation chronique de toutes les petites glandes situées vers les bords des paupières et du périchondre du tarse, dans ce cas les callosités sont lisses et unies. Lorsque ces *tylosis* sont entièrement négligés, qu'ils persistent pendant un grand nombre d'années, en variant alternativement de volume, et qu'à un âge plus avancé ils se compliquent avec des dyserasies de différente espèce, il n'est pas rare de voir ces restes de scrophules dégénérer en cancer des paupières.

Pronostic. En général la marche de l'ophthalmie scrophuleuse est très-lente, et ses récidives sont très-faciles, surtout en automne et dans les temps humides, tant que la disposition aux scrophules subsiste chez le malade. Cependant si on la combat d'une manière convenable dès le commencement, les ophthalmies scrophuleuses se dissipent souvent en peu de jours sans récidiver. Cette circonstance s'applique plutôt aux sujets irritables qu'à ceux qui ne le sont pas; en suppo-

sant toutefois que rien ne s'oppose à l'exécution des précautions diététiques nécessaires. Le pronostic est favorable lorsque l'inflammation est bornée aux paupières, quand la maladie n'existe pas depuis long-temps, et que la diathèse scrophuleuse n'est pas très-prononcée. Mais si l'affection a déjà récidivé plusieurs fois, si les bords des paupières sont endurcis ou qu'il existe une blépharoblennorrhée, le pronostic est beaucoup moins avantageux; lorsque chez des sujets éminemment scrophuleux, la conjonctive qui recouvre la sclérotique et la cornée se trouve enflammée et ulcérée; il est plus fâcheux encore, à plus forte raison, quand ces ulcères se manifestent chez des sujets irritables dont la maladie fait des progrès beaucoup plus rapides que chez les individus peu actifs et quand l'iris s'engage dans les hernies formées par la cornée, contracte avec elle des adhérences, et forme ainsi une kératocèle compliquée, ou lorsque l'iris enflammé contracte une adhérence avec toute la cornée, et constitue un staphylôme général de cette membrane (1). Mais il n'est guère possible que

(1) Qu'il me soit permis de dire ici quelques mots sur la difficulté de porter un pronostic sur les ophthalmies en général et sur l'ophthalmie scrophuleuse en particulier. Comme la réputation du médecin-oculiste dépend en grande partie de l'art de bien pronostiquer, il est indispensable qu'il examine avant tout l'état des yeux des malades. Or cet examen n'est pas facile lorsqu'il y a une photophobie très-prononcée; mais il est extrêmement difficile chez de très-jeunes enfans scrophuleux, dont les yeux enflammés redoutent beaucoup la lumière, d'autant plus que ni la persuasion, ni les menaces ne peuvent rien sur leur opiniâtreté quand ils ferment convulsivement leurs paupières. On doit dans ces conjonctures se comporter d'après les règles suivantes. Pour peu que l'affection paraisse grave, et que l'examen attentif des yeux à la première visite ne soit pas possible, on administre le purgatif que nous allons indiquer plus bas, en recommandant de ramollir les croûtes qui peuvent exister sur les paupières avec du lait tiède. Jusqu'alors on doit s'abstenir de porter un pronostic. Le lendemain il est facile d'examiner l'œil au crépuscule du soir, car à cette époque de la journée il y a une rémission de la photophobie et de l'inflammation; l'enfant est moins morose et ouvre les yeux plus librement. Le médecin attentif découvre souvent alors

ces destructions aient lieu si cette affection n'est pas entièrement négligée, à moins que les malades vivant dans une extrême pauvreté ne soient condamnés à rester au milieu de l'humidité, de la malpropreté, et à éprouver tous les inconvéniens de la misère : dans ces cas qui se présentent assez rarement, la dyscrasie scrophuleuse manifeste non-seulement ses effets dans toutes les parties du corps, mais elle prend dans l'œil un caractère très-rebelle, et qui a quelque chose de *malin*.

Les ulcères de la conjonctive dans les points où cette membrane tapisse la sclérotique sont plus grands, plus larges, plus superficiels et beaucoup plus difficiles à découvrir que ceux de la cornée; mais il est extrêmement rare qu'ils percent la sclérotique, ils sont, par cela même, moins dangereux que les autres. Lorsqu'au lieu d'ulcères on voit se développer sur la cornée des ptérygions ou des pannus, l'ophthalmie est moins dangereuse, mais sa durée est excessivement longue, et elle laisse après elle des opacités de la cornée qui, pour être guéries, exigent les plus grands soins et la plus grande persévérance.

Si dans le cours de l'ophthalmie scrophuleuse il se développe, sur une autre partie du corps, une affection de quelque importance qui dépende également des scrophules, l'ophthalmie se dissipe; c'est aussi pour cela que le pronostic de l'ophthalmie est favorable lorsqu'il se manifeste tout à coup des exanthèmes de cuir chevelu, des diarrhées, des inflammations des glandes cervicales ou inguinales, des affections des os, etc.

avec facilité le degré de l'inflammation et ses produits, tandis que celui qui apporte de la négligence dans cet examen ignore quels sont les désordres occasionés par la maladie à laquelle il est appelé à remédier; le premier peut éveiller l'attention sur le danger qui peut exister; le second, au contraire, a souvent le désagrément de se voir trompé dans son pronostic (communément favorable) par un événement contraire, tel qu'un prolapsus de l'iris, un staphilôme volumineux, etc., circonstances qui sont fâcheuses pour sa réputation.

Le traitement peut être général ou local; mais quoiqu'il soit nécessaire de combattre l'affection scrophuleuse en général, le médecin-oculiste doit encore, dans l'ophthalmie qui revêt ce caractère aussi bien que dans les autres inflammations des organes de la vue, prendre en considération des circonstances que le médecin, qui ne s'occupe ordinairement que des autres maladies internes, peut négliger impunément dans la plupart des cas. Le premier doit considérer que, bien que l'inflammation de l'œil soit en grande partie l'expression ou un symptôme de la dyscrasie qui domine sur l'économie toute entière, la persistance long-temps prolongée de ce symptôme menace l'organe de la vue des plus graves dangers. Son but principal doit être, par conséquent, de débarrasser l'œil de cette affection, ou au moins de l'atténuer et d'en arrêter les progrès, sans s'inquiéter beaucoup s'il diminue en même temps l'affection générale de l'économie. Ce n'est qu'après la cessation du danger qui pesait sur l'œil, que l'on peut remplir les indications que réclame la dyscrasie.

On conçoit d'après cela combien il est utile de commencer le traitement de l'ophthalmie scrophuleuse presque toujours par un *laxatif mercuriel* approprié à la constitution particulière du sujet, et pourquoi, dans les inflammations menaçantes, ou extrêmement invétérées, un *emplâtre stibié* appliqué à la nuque est l'une des premières indications à remplir, car l'un et l'autre de ces moyens agissent comme des antagonistes (*antagonistica*) puissans, et produisent en peu de temps un effet salutaire.

Je débute par conséquent, dans presque tous les cas, par administrer, en une fois le matin à jeun, une forte dose de calomel, de deux à cinq grains chez les sujets irritables, de trois à sept chez les individus d'une constitution peu impressionnable par les stimulations, en y joignant dans les premiers cas une certaine proportion de rhubarbe et de magnésie, dans la seconde de la racine de jalap et un peu de cannelle; et chez les malades dont le ventre est tuméfié, dur,

mais non douloureux, j'administre le calomel avec la résine de jalap et le savon médicinal, sous forme de pilules.

Ce n'est qu'après avoir ainsi donné un purgatif au malade que l'on peut recourir aux autres médicamens ; mais on ne doit pas oublier qu'il faut prescrire les *anti-scrophuleux* combinés avec le vin et d'autres toniques fixes, pour les individus à sensibilité obtuse, paresseux et lourds, tandis que les sujets sensibles et délicats se trouvent mieux de l'usage de médicamens toniques légèrement diffusibles, et de la suppression des boissons alcooliques.

Les principaux moyens à employer sont les mixtures légèrement résolutives, les extraits doux, la dissolution d'acétate de potasse, le tartrate de potasse, l'infusion de séné composée, les préparations antimoniales faibles d'après Scarpa (l. c., p. 227), l'éthiops antimonié, administré d'abord à la dose d'un demi-grain, et successivement jusqu'à celle de vingt grains par jour, dont on doit continuer l'usage pendant une cinquantaine de jours, et même davantage; le tartre stibié à petites doses, le muriate de baryte, le gaïac, plusieurs préparations de soufre, la douce-amère, surtout s'il existe en même temps des éruptions à la peau. Je répéterai encore une fois que ces médicamens doivent être accommodés à la constitution du malade.

Du reste, l'ophthalmie scrophuleuse est rarement assez violente pour réclamer l'emploi des antiphlogistiques au début du traitement; ou au moins je dois dire que dans les cas où, croyant ces moyens nécessaires à cause de l'intensité de l'inflammation, j'ai fait appliquer des sangsues, je n'en ai vu résulter aucune amélioration.

Enfin lorsque l'inflammation de l'œil s'est dissipée, et que l'affection générale a été diminuée par les médicamens que nous avons indiqués, ou lorsque la maladie a pris la forme d'une blépharoblennorrhée ou d'une ophthalmoblennorrhée invétérée, on passe à l'usage intérieur du quinquina uni à la valériane, de l'angélique, de la serpentaire de Vir-

ginie, du calamus aromaticus et de la douce-amère. Ces moyens sont utiles lorsqu'il y a disposition à l'atrophie; on peut les employer comme dans la formule suivante.

℞ Infusion de calamus aromaticus, ou de valériane, préparée avec 3 iij de ces racines. ℥ ij.
Extrait de chiendent à consistance sirupeuse . . . . . ℥ j.
Extrait de quinquina. . . . . 3 j.
Dissolution d'acétate de potasse . . } aa ℥ ß.
Teinture aqueuse de rhubarbe . . }
Ether nitrique. . . . . 3 j.
Mêlez.
A prendre à la dose d'une ou deux cuillerées à café, toutes les deux heures.

On doit insister sur le traitement que nous venons d'exposer, afin de faire disparaître entièrement la disposition aux récidives.

Il reste quelquefois une photophobie rebelle, lorsque les autres symptômes de l'inflammation sont dissipés depuis longtemps. L'extrait de ciguë (*conium maculatum*) a été fortement recommandé contre cette affection consécutive, par M. le professeur Dzondi (1); ce médecin l'administre trois fois par jour à la dose de trois grains, qu'il augmente chaque jour d'un grain, jusqu'à ce que au bout de sept à neuf jours, ou de quinze à vingt-un jours, il ait obtenu un résultat. J'ai échoué avec ce médicament bien plus souvent qu'avec l'extrait de belladone, administré à la dose d'un seizième à un douzième de grain, uni au calomel et au tartrate de potasse, et donné toutes les trois heures.

Le point principal dans le traitement des ophthalmies scrophuleuses consiste à prescrire un régime alimentaire con-

(1) Voyez le journal intitulé : *Æsculap*, vol. I, cah. 1.

venable. Lorsque cette condition n'est pas, ou ne peut pas être remplie, on a toujours à craindre les récidives, dans lesquelles la maladie se montre extrêmement rebelle. On doit interdire l'usage des viandes salées et fumées, des alimens acides, gras ou fortement salés, des farineux indigestes, des légumes secs, du pain non rassis, ou des *tartines de beurre*, des pommes de terre, des pâtisseries grasses, et en général de tous les alimens de haut goût ou qui passent facilement à la fermentation acide, parce qu'ils ont une action extrêmement pernicieuse pour les scrophuleux. On recommande des alimens doux, peu nourrissans, pris en petite quantité, et répétés plus souvent. Les malades doivent être dans une position telle que l'air qu'ils respirent soit sec et chaud; ils doivent éviter surtout les habitations froides et humides, car c'est dans ces lieux qu'on observe les ophthalmies scrophuleuses les plus rebelles.

Quoique la propreté soit de première nécessité dans ce traitement, on doit cependant, pendant la durée d'une ophthalmie scrophuleuse, s'abstenir des bains chauds généraux, quelle que soit la nature du liquide qui les compose, tel que l'eau pure ou contenant une décoction de drêche, de camomille, de cumin, ou une dissolution de sulfure de potasse, etc.; car je les ai vu dans la plupart des cas aggraver la maladie. C'est pourquoi je m'abstiens de faire prendre des bains pendant la durée de l'ophthalmie, mais je fais souvent frictionner la peau avec la flanelle sèche et chaude.

Le traitement topique et le traitement général, doivent être réglés sur le stade dans lequel se trouve l'inflammation; car, bien que la période *active*, proprement dite, soit rarement élevée à un haut degré d'intensité, et se passe ordinairement avec une telle rapidité qu'elle n'est pas aperçue par le médecin, néanmoins l'ophthalmie scrophuleuse, si elle est récente, et que le stade inflammatoire se soit écoulé, exige des moyens plus doux que ceux qu'on doit employer par la suite.

Il faut donc, tant que persistent les douleurs, la photophobie et la sécheresse de l'œil, faire avec la décoction de ciguë, ou de têtes de pavot et d'une petite quantité de jusquiame, des fomentations ou des applications chaudes que l'on renouvelle souvent, surtout s'il survient une occlusion spasmodique des paupières, (*blepharospasmus*); on peut aussi dans ce cas recommander des frictions dans le voisinage des yeux, avec des pommades composées de substances narcotiques et d'onguent gris, ou, si les pommades ne sont pas supportées par la peau, le mélange suivant, qui a été préconisé par Græfe (1).

℞ Poudre d'extrait de belladone séché à l'air. . . ʒ ß.
Id. de jusquiame. . . *id.* . . } aa ʒ j.
Id. d'opium pur. . . . . }
Mêlez.

On délaye ce mélange avec de la salive pour en faire des frictions autour des yeux.

On passe ensuite graduellement aux collyres légèrement astringens, en commençant, d'après le conseil de Scarpa (2), par une décoction de jusquiame avec addition de quelques gouttes d'eau végéto-minérale, et une petite proportion de teinture thébaïque préparée d'après la pharmacopée de Londres; ou bien, dans les cas où l'on peut craindre l'action des préparations de plomb, on emploie de décoctions filtrées de feuilles de mauves avec la pierre divine, dans la proportion d'un grain pour quatre onces et un peu de laudanum.

Du reste le traitement topique de la blépharophthalmie scrophuleuse est absolument le même que dans la période passive de la blépharophthalmie simple.

S'il survient une blépharoblennorhée, ou même une oph-

(1) *Repertorium augenærztlicher Heilformeln*, 1817, S. 52.
(2) L. c. vol. I, p. 228.

thalmoblennorrhée, le traitement local doit être dirigé d'après ce que nous avons dit, en parlant de l'*ophthalmie des nouveau-nés*.

Si les bords des paupières sont le siége d'excoriations, s'ils ont une grande tendance à devenir squirrheux, il faut éviter l'application des préparations saturnines. Vers la fin on fait usage en même temps d'une pommade de précipité rouge, pour prévenir la formation du *tylosis*, s'il paraît vouloir se développer.

Mais si la pommade de précipité reste sans effet, et que les bords des paupières soient très-calleux, on doit, suivant le conseil de Wardrop (1), scarifier leur face interne, laisser le sang s'écouler librement, et n'appliquer que dans ce moment la pommade à l'aide d'un pinceau; elle ne tarde pas alors à produire l'effet désiré.

Lorsque la conjonctive oculaire est enflammée en même temps, et qu'il s'y manifeste des abcès chez les sujets peu irritables et d'une constitution molle, il convient de favoriser leur ouverture par la préparation suivante :

℞ Perchlorure de mecure	gr. ß.
Eau de roses.	℥ jv.
Laudanum liquide de Sydenham . .	3 ß.
Mucilage de gomme arabique. . .	ʒ iij.

On emploie ce mélange tiède quatre ou cinq fois par jour.

Quand les abcès sont ouverts, on favorise leur guérison en entretenant sur l'œil une chaleur sèche, et en y faisant des lotions avec une dissolution de pierre divine contenant du laudanum. S'il se forme de végétations autour des ulcères, ou un staphylôme de l'iris, il faut introduire deux fois par jour du laudanum de Sydenham entre les paupières. Quand il s'est développé un *onyx*, il faut non-seulement ap-

(1) Voyez *Bibliothek für Ophthalmol.* 1 B. 1 St. S. 58.

pliquer du laudanum sur l'œil, mais on doit en même temps faire prendre à l'intérieur de fortes doses de calomel, dans le but de favoriser l'absorption.

Chez les malades très-vifs et très-irritables, il faut s'abstenir de tous médicamens excitans et altérans. S'il y a photophobie, on fait porter une visière verte, et on recommande les frictions de pommade stibiée sur la nuque ou derrière les oreilles. S'il se forme des phlyctènes, on emploie un collyre mucilagineux, tiède, avec un peu de laudanum, sans sublimé, etc. Quand les phlyctènes s'ouvrent, on se sert, avec avantage, d'une dissolution de pierre divine contenant une forte proportion de laudanum liquide de Sydenham. Si elles menacent d'occasioner une hernie de la cornée, on ajoute au dernier collyre un peu d'acétate de plomb, et si la hernie est formée, on la touche au moins une fois par jour avec du laudanum liquide de Sydenham.

S'il survient un pannus accompagné d'une inflammation intense, on applique une sangsue dans l'angle interne de l'œil, et sur la nuque un emplâtre contenant une forte proportion de tartre émétique dont on doit ensuite entretenir l'effet. Mais s'il se développe un véritable staphylôme, il faut le faire avorter suivant la méthode de Beer, que nous avons indiquée en parlant de l'iritis simple.

L'exanthème qui se manifeste quelquefois avec prurit autour des paupières, et qui, dans quelques circonstances, devient humide, cède communément à une dissolution de foie de soufre dans une décoction de scordium. Lorsque les ophthalmies scrophuleuses récidivent toujours, ou qu'il y a une photophobie rebelle, il est utile d'entretenir à la nuque des ulcères artificiels provoqués par un emplâtre stibié, ou d'établir des fonticules sur les bras.

L'orgeolet scrophuleux est assez fréquent, et se distingue des autres par la grande propension qu'il a à passer à l'état d'induration, de chalaze ou de grêlon. Il peut être traité comme ce dernier; seulement il faut tout mettre en usage

à cette époque pour provoquer une suppuration; et on obtient plus facilement ce résultat par des applications de ciguë et de saponaire, avec addition de camphre. Si par suite d'un traitement contraire, et chez des individus sensibles, l'orgeolet dégénère en véritable charbon, on oppose à cette affection le même traitement qu'à la gangrène.

Blennorrhée scrophuleuse du sac lacrymal, blennorrhœa sacci lacrymalis scrophulosa, dacryocystalgia cacochymica dacryoblennorrhœa. Chez les sujets peu sensibles on n'observe pas de symptômes bien saillans; chez les individus vifs et irritables, au contraire, l'inflammation du sac lacrymal, quand on l'examine superficiellement, se présente sous la forme trompeuse d'un ankylops érysipélateux. Mais si on examine avec plus de soin, on trouve dans la région du sac lacrymal une tumeur réniforme, dure, d'où l'on fait sortir par la pression une mucosité plus ou moins consistante qui s'échappe par les points lacrymaux, et jamais par le canal nasal; la fosse nasale du côté affecté étant complètement sèche. Cette blennorrhée devient facilement habituelle, ou quand elle a disparu, elle récidive aisément; lorsque le temps est chaud et sec, elle diminue pour s'accroître de nouveau quand la température redevient froide et humide.

Le pronostic varie suivant la durée et le degré de la maladie.

La guérison est extrêmement rare si cette blennorrhée a récidivé plusieurs fois, ou si elle est devenue habituelle. Néanmoins elle se dissipe souvent spontanément à l'approche de la puberté et après la première gestation. Lorsque cette maladie dégénère en une fistule du sac lacrymal, non-seulement le canal nasal, mais le plus souvent aussi le sac lacrymal lui-même s'oblitèrent. Il reste fréquemment, sans qu'il se soit formé de fistule du sac lacrymal, une oblitération du canal nasal, et par suite un larmoiement continuel. Si l'on n'a pas la précaution d'exprimer souvent la mucosité accumulée dans le sac lacrymal, il survient quelquefois une hernie de ce ré-

servoir. Lorsqu'il est resté dans son intérieur une mucosité consistante qui bouche les conduits lacrymaux et le canal nasal, il en résulte souvent une hydropisie du sac lacrymal.

Traitement. On doit se garder d'employer la sonde d'Anel pour introduire les médicamens, et il faut s'abstenir de sonder à travers les points lacrymaux. Il est nécessaire de s'appliquer à diminuer le gonflement squirrheux du sac lacrymal, en faisant des frictions avec l'onguent napolitain sur la peau correspondante, et en introduisant une petite quantité de pommade de précipité, tantôt plus forte, tantôt plus faible, dans l'angle interne de l'œil, où elle est absorbée par les points lacrymaux qui jouissent encore de leur activité, et transportée dans le sac lacrymal malade. Du reste le traitement est absolument le même que celui de l'inflammation simple du sac lacrymal.

OPHTHALMIE SCORBUTIQUE.

Ophthalmia scorbutica.

On observe sur la sclérotique une rougeur violette qui, bientôt s'étend à la conjonctive, et la rend variqueuse (1). Il existe en outre une photophobie toute particulière, et une grande sensibilité provoquée par la vue des objets brillans. La cornée se trouble, prend un aspect cadavéreux; l'humeur aqueuse perd également sa transparence; l'iris est bombé et poussé en avant contre la cornée, il offre des vaisseaux sanguins variqueux, convergens vers son centre, et le rendant immobile, au point qu'il n'offre plus qu'une expansion ou une contraction très-faibles. Les mouvemens de l'œil deviennent en même temps plus lents, et il se fait des épanchemens de sang dans la conjonctive variqueuse; on voit même une

(1) Voy. planche IV, fig. 9.

certaine quantité de ce fluide dans la chambre antérieure. C'est alors que disparaissent tout-à-fait les faibles restes de la faculté visuelle qui existaient encore; la sclérotique se soulève autour de la cornée, et offre des saillies de couleur bleu-foncé, qu'on a nommées *staphylômes de la sclérotique*. Il survient quelquefois une épistaxis et un écoulement de larmes ressemblant à du sérum, et on observe en même temps tous les autres symptômes du scorbut réunis.

Pronostic. Une ophthalmite intéressant la totalité du globe oculaire chez un sujet scorbutique, est incurable. Mais s'il n'y a qu'une légère diathèse scorbutique, le pronostic est moins fâcheux. Au reste cette maladie est fort rare, et affecte les deux yeux dans leur totalité si le sujet est tout-à-fait scorbutique.

La guérison de cette inflammation ne peut être obtenue que par celle du scorbut; car l'œil ne supporte aucune espèce de topiques, excepté la chaleur sèche. Mais d'après le conseil de Beer, il faut s'abstenir d'employer des médicamens dits anti-scorbutiques pour le traitement de l'affection générale; on doit seulement chercher à relever les forces et à éloigner peu à peu la maladie scorbutique par un traitement général tonique et analeptique.

APPENDICE.

MANIÈRE

DE PRÉPARER ET D'APPLIQUER CONVENABLEMENT

LES MÉDICAMENS TOPIQUES DANS LES MALADIES DES YEUX.

Il n'est aucun organe dont les maladies aient été combattues par un aussi grand nombre de médicamens externes que celles des yeux. Quoiqu'on ait été évidemment beaucoup trop prodigue de ces moyens, surtout dans les siècles précédens, il est cependant impossible de nier que les affections de ces organes réclament un traitement topique extrêmement soigné. Cette nécessité si impérieuse de médicamens externes pour le traitement des maladies des yeux, tient à plusieurs causes. En général on doit avoir recours à ces moyens, parce que les affections de ces organes, quelque faibles qu'elles soient en elles-mêmes, peuvent facilement gêner et même anéantir leur fonction, si l'homme de l'art est inhabile à les maîtriser de bonne heure. Ces maladies, si elles affectaient d'autres organes au même degré, ne produiraient souvent aucun désordre bien remarquable. Les exsudations lymphatiques entre les plèvres pulmonaire et costale occasionent des adhérences entre ces deux membranes qui peuvent tout

au plus apporter quelque gêne dans l'expiration. Mais qu'une exsudation analogue se forme dans la pupille, elle bouche cette ouverture et occasione inévitablement la cécité, lors même qu'elle serait proportionnellement dix fois plus faible que dans la poitrine. Ne sommes-nous pas forcés, par ces considérations, d'user de tous nos moyens pour arrêter le développemant de la maladie dans l'œil, ou plutôt pour la guérir le plus promptement possible? Le médecin-oculiste a donc à remplir des indications beaucoup plus multipliées et plus urgentes que le médecin ordinaire; je serais presque tenté de soutenir qu'il est souvent obligé de ne faire que la médecine de symptôme, quoiqu'il connaisse fort bien la cause et la nature de la maladie dont l'œil est affecté. Il est souvent obligé de s'occuper d'une manière exclusive à combattre les effets de l'affection générale dans l'œil, sans s'inquiéter de sa cause; car si toujours on voulait commencer par combattre la maladie par un traitement général, il arriverait souvent que la fonction de l'œil serait anéantie long-temps avant que les moyens généraux employés seuls eussent pu modifier l'affection locale de l'organe. Ces motifs, et beaucoup d'autres encore, rendent raison de la grande quantité des topiques qui ont été recommandés pour le traitement des maladies des yeux, et justifient la nécessité de beaucoup d'entre eux.

Il importe donc aussi que les jeunes médecins connaissent la manière la plus convenable de préparer et d'employer les différens médicamens externes qui sont utiles pour combattre les maladies des yeux, afin d'éviter que des moyens, d'ailleurs bien choisis, manquent leur effet par cela seul qu'ils ont été mal appliqués, et surtout afin que ceux qui commencent à se livrer à la pratique puissent profiter de l'expérience de leurs devanciers, et ne soient pas obligés d'acquérir ces connaissances aux dépens de leur réputation, et au préjudice des malades.

CAUSTIQUES.

Les caustiques doivent toujours être employés avec les plus grandes précautions; il vaut mieux par conséquent, en règle générale, qu'ils ne soient d'abord que faibles, et y revenir à plusieurs reprises, que de les employer trop forts et en une seule fois, d'autant plus qu'ils ont tous pour effet consécutif de produire un état inflammatoire.

Quand on veut appliquer des caustiques sur la face interne d'une paupière, on la renverse en dehors autant que possible; si c'est la paupière inférieure, le malade doit diriger de son mieux le globe de l'œil de bas en haut et de haut en bas, au contraire, si on veut opérer sur la paupière supérieure.

Quand l'application du caustique est faite, on ne doit pas lâcher aussitôt la paupière, mais seulement après avoir mouillé la surface cautérisée avec un peu d'huile d'amandes douces.

Les meilleurs caustiques sont : le *nitrate d'argent fondu*, la *potasse caustique*, le *deutoxide de mercure*, l'*acide arsénieux*, l'*alun calciné*, le *chlorure d'antimoine*, moyens dont l'action sur l'organisme est très-variée.

Le *nitrate d'argent* semble ne produire qu'une destruction superficielle; on l'emploie le plus sûrement à l'état sec, et taillé en forme de crayon. Quand on en fait usage sur le globe de l'œil lui-même ou sur la face interne des paupières, il faut avoir la précaution de ne pas remettre immédiatement après le point cautérisé en contact avec les parties voisines, parce que les larmes venant à dissoudre le caustique le répandraient sur toute la surface de l'organe, et n'auraient plus l'action bornée qu'on voulait obtenir.

L'usage de la *potasse caustique* pour le traitement des maladies des yeux, exige encore plus de précautions que celui de la pierre infernale. Ce caustique exerce sur les tissus une

action promptement désorganisatrice, et n'épargne aucune des parties importantes, tels que les vaisseaux sanguins, les nerfs, etc., qui sont cependant ménagés par la plupart des autres agens analogues. On ne doit par conséquent jamais employer la potasse sur le bulbe oculaire; on se contente de s'en servir dans les cas où il s'agit de détruire des productions accidentelles dans le voisinage de l'œil, ou à la face externe de la paupière, comme des *chalazes*, des *verrues*, des *tumeurs enkystées*, etc. On emploie également la potasse caustique, sèche et taillée en pointe, à l'aide d'une pince, et on en touche la partie malade. Si l'on veut cautériser des tumeurs enkystées des paupières, on peut encore introduire dans l'ouverture qu'on y a pratiquée, un petit fragment de ce caustique, afin de détruire le kyste; mais il vaut mieux n'en employer qu'un très-petit morceau, et l'appliquer souvent pour que la destruction ne dépasse pas les limites nécessaires. Quand on s'aperçoit que l'effet produit est trop violent ou gagne trop d'étendue, on mouille la potasse caustique avec une petite quantité de vinaigre de vin (acide acétique étendu), qui, en neutralisant l'alcali, arrête aussitôt son action. Jamais ce caustique ne doit être assez approché du cartilage tarse pour qu'il puisse en intéresser la substance, parce que le résultat inévitable serait un racornissement de ce corps.

Le *deutoxide de mercure* est plus rarement employé comme caustique dans les maladies des yeux, mais on s'en sert sous forme de pommade pour en obtenir deux effets : 1° si la pommade est assez forte, elle agit d'une manière légèrement caustique; 2° si elle est un peu faible, elle favorise l'absorption dans le lieu avec lequel elle a été mise en contact.

L'*acide aesénieux* a été recommandé surtout contre les ulcères cancéreux; il produit alors, indépendamment de son action caustique, un autre effet analogue à celui du précipité rouge. L'application de l'acide arsénieux, ou des poudres arsénicales, doit être faite avec les plus grandes précautions, principalement sur les parties qui abondent en nerfs; on ne

saurait assez exprimer quelles sont les douleurs atroces que ce médicament occasione pendant plusieurs jours. Si rien ne s'y oppose, le meilleur moyen est de l'employer sous forme de pommade légère, comme par exemple dans la préparation qui suit :

℞ Acide arsénieux. . . g. v à x.
Axonge . . . . . ℥ ß.
Mêlez.

Souvent il est utile d'ajouter de l'opium à cette pommade. L'arsenic ne doit pas être appliqué sur le bulbe oculaire, parce que ses effets ne sont pas encore assez connus. Ce médicament présente encore par conséquent à l'observateur actif et ingénieux, un vaste champ d'expériences, et peut faire espérer des résultats utiles.

On se sert de l'*alun calciné* sous forme de poudre; si l'on veut en atténuer les effets, on le mélange avec du sucre extrêmement fin. Il mérite souvent la préférence sur les autres caustiques, pour détruire les excroissances fongueuses d'un grand volume, indolentes ou douloureuses; on peut l'appliquer sur le globe de l'œil aussi bien que dans son voisinage. Il doit être réduit en poudre extrêmement fine, pour éviter qu'il ne produise sur l'œil une irritation mécanique au lieu d'une cautérisation.

Le *chlorure d'antimoine*, ainsi que les acides minéraux purs, indépendamment de leur action caustique, occasionent une irritation extrêmement violente, lors même qu'on les emploie étendus; on peut par conséquent s'en servir dans les cas où l'on désire produire une irritation considérable, comme, par exemple, lorsque la cornée est le siége de taies plus ou moins opaques. A l'état concentré ils ont une action plus analogue à celle de la potasse caustique, et doivent toujours être appliqués avec précaution.

Les caustiques liquides moins actifs peuvent très-bien être appliqués au moyen d'un pinceau fin, qui servira plu-

sieurs fois, si on le plonge chaque fois dans de l'eau chaude, après l'application du caustique. Les caustiques liquides concentrés doivent être déposés sur les parties au moyen d'une petite baguette de bois bien poli; l'*acide sulfurique*, qui ne doit pas être employé sur le bulbe oculaire même, s'applique au moyen d'une sonde de plomb.

Il n'est pas nécessaire de choisir, à cet effet, des pinceaux d'amiante, car ils irritent la partie à cause de leur rigidité et se cassent très-facilement.

Il faut avoir soin que les pinceaux et les sondes dont on fait usage ne soient pas surchargés de ces caustiques liquides; en les retirant du vase qui les contient, il suffit de les essuyer un peu sur le bord, pour que la dose qu'on veut porter sur la partie affectée ne soit pas trop forte.

BAINS D'YEUX.

Ces bains, que l'on a coutume de faire prendre à l'aide de petites baignoires en verre, en porcelaine, etc., ne sont utiles, selon moi, que dans les cas où il s'agit d'éloigner de l'œil de la poussière qui y aurait pénétré en grande quantité; et même on peut les remplacer alors par d'autres moyens.

FUMIGATIONS.

On les fait le plus souvent avec des substances volatiles, telles que les essences, les esprits volatils et les éthers, et on ne les prescrit qu'en petite quantité. La manière de s'en servir consiste à verser de trois à dix gouttes de liquide qui doit être employé à ce effet dans la paume des mains qu'on frotte l'une contre l'autre: on appuie les coudes sur une table, et se tenant assis, on rapproche les mains de manière à ce que la vapeur qui s'en élève soit aussitôt en con-

tact avec les yeux qu'on tient ouverts. Si l'on se propose de faire avec ces substances des frictions sur la peau du voisinage des yeux, il faut se garder de toucher à la conjonctive, pour ne pas occasioner une inflammation de l'œil. Les sujets blonds et irritables, qui ont l'épiderme très-fin, ne supportent pas toujours ces frictions sur les paupières, car il leur survient quelquefois une rougeur érysipélateuse qui les effraie sur l'emploi de ce moyen.

On se sert quelquefois de la vapeur humide pour produire un relâchement des parties et pour calmer la douleur. On dirige à cet effet sur l'œil et les parties voisines la vapeur qui s'élève d'un vase, en recouvrant la tête du malade avec un drap. Jamais ces vapeurs ne doivent être trop chaudes; on devrait toujours s'abstenir d'en faire usage en hiver dans une chambre froide, et se garder surtout d'exposer le visage encore chaud et moite à un courant d'air froid, car on court le risque de déterminer des blépharophthalmies érysipélateuses; il faut au contraire, après chaque fumigation, essuyer les paupières et toute la figure avec un linge fin et chaud

---

DOUCHES.

On se sert ordinairement d'eau froide pour ces sortes de douches, qui sont d'autant plus efficaces que la température de l'eau est plus froide; plus elles tombent de haut, plus elles produisent d'excitation. On peut diriger la chute de l'eau sur la région sus-orbitaire et même sur les paupières fermées. L'effet des douches est extrêmement stimulant. Si leur usage est indiqué, la machine communiquée par Sallaba à feu le professeur Beer qui l'a décrite et figurée (1), peut être employée avec avantage, parce qu'elle lance le liquide en un jet continu et sans interruption, et parce qu'elle est dis-

(1) Voyez Beer's *Pflege gesunder und geschwæchter Augen*, etc.

posée de manière à ce qu'on puisse y introduire de la glace pour refroidir l'eau de la douche quand on le juge nécessaire.

LUNETTES.

Ce chapitre a été jusqu'à présent beaucoup trop négligé dans les traités de chirurgie et d'ophthalmologie, ce qui doit d'autant plus surprendre qu'il n'est personne qui ne convienne que la connaissance exacte de ces instrumens est indispensable pour le médecin-oculiste.

Resserré comme je le suis par l'espace, je tâcherai d'être aussi bref que possible sur ce sujet, d'autant plus que j'en ai traité dans un autre ouvrage, auquel je renvoie les personnes qui désireraient de plus amples détails (1).

On emploie ordinairement les lunettes pour remédier à deux espèces de maladies des yeux, la *myopie* et la *presbytie*. Les verres pour les myopes sont *concaves*, ceux pour les presbytes sont *convexes*.

Il y a encore deux cas dans lesquels les lunettes peuvent être très-utiles : 1° lorsque la vue diminue parce que la force de la rétine est en quelque sorte légèrement émoussée et qu'elle ne peut plus être rétablie par le secours de l'art. Cet affaiblissement de la faculté visuelle est quelquefois le résultat de longues maladies qui ont épuisé les forces de toute l'économie ; mais elle survient particulièrement dans l'âge avancé, et s'accompagne presque toujours d'une presbytie plus ou moins considérable ; 2° l'usage des lunettes peut être avantageux dans les cas où la faiblesse de la vue dépend de la diminution de transparence des milieux réfringens du globe de l'œil. Alors, le malade ne distingue pas bien les objets éloignés, comme cela a lieu dans toute faiblesse de la

(1) *Diætetik fur gesunde und schwache Augen*, etc. Berlin, 1821, p. 188 et suiv.

vue; mais comme le trouble de la transparence des humeurs réfringentes est généralement accompagné, dans la vieillesse, d'un degré plus ou moins considérable de presbytie, les vieillards voient ordinairement un peu mieux de loin que de près. Quoique dans la presbytie on désire toujours que les objets soient fortement éclairés, néanmoins les individus qui se trouvent dans l'un des deux cas qui viennent d'être indiqués, éprouvent plus particulièrement une espèce de désir pour la lumière, parce qu'ils sentent bien que leurs yeux ne peuvent remplir convenablement leur fonction que lorsque les corps qu'ils veulent considérer sont fortement éclairés.

Il faut à ces deux espèces de malades des verres planes, de cent à cent quarante pouces de foyer, qui grossissent à peine, parce qu'il suffit ici que les objets paraissent plus éclairés et plus distincts, et que les rayons lumineux arrivent plus concentrés sur la rétine. Cependant ce n'est pas une règle générale, car il faut surtout que le choix des lunettes se règle aussi sur le degré de presbytie qui existe en même temps.

Nous allons maintenant chercher à faire comprendre de quelle manière les lunettes peuvent remédier à la presbytie et à la myopie.

Si l'on se figure une ligne qui tombe à angle droit sur le verre et passe par son centre, on a une idée de ce que l'on appelle l'*axe* du verre; le rayon lumineux qui le traverse dans la direction de cet axe n'est jamais réfracté, il passe en ligne droite. Tous les rayons qui tombent sur des verres convexes parallèlement à son axe, sont réfractés de telle sorte qu'ils se réunissent derrière lui en un point que l'on nomme le *foyer*; la distance entre le verre et le foyer s'appelle *distance focale*.

Les rayons qui tombent, parallèlement à l'axe, sur des verres concaves, sont aussi réfractés, mais dans une direction opposée à la précédente; car ils ne se réunissent jamais

derrière le verre; leur direction est au contraire de plus en plus divergente, et ils sont par conséquent diffus. Mais si, par la pensée, on prolonge les rayons en deçà du verre, dans la même direction qu'ils suivent en divergeant au-delà, ils se réunissent naturellement aussi dans un point en-deçà, qui s'appelle aussi le foyer, et l'espace compris entre celui-ci et le verre, distance focale (négative). Moins le verre est concave ou convexe, plus la distance focale est grande ; plus au contraire il est concave ou convexe, plus elle est petite.

On voit, d'après cela, que les verres convexes ont une force qui supplée à la propriété réfringente des humeurs et des membranes de l'œil qui se trouve diminuée chez celui qui est frappé de presbytie. En effet, les rayons lumineux qui émanent des objets tombent, à travers le verre convexe, sur la cornée, à un état de concentration tel, que la force réfringente de cette membrane et des autres milieux de l'œil, suffit alors pour réunir sur la rétine l'image exacte des objets.

Les verres convexes conviennent d'autant mieux aux presbytes, qu'ils représentent les objets en même temps plus clairs et plus distincts.

Il n'est pas difficile d'entrevoir pourquoi les verres concaves sont utiles aux myopes; car comme la force réfringente des milieux transparens de l'œil est, chez eux, trop considérable, que l'image est déjà formée avant que les rayons ne soient parvenus à la rétine, et que l'effet des verres concaves est de faire diverger les rayons qui tombent sur la cornée, la trop grande propriété réfringente de celle-ci et des autres parties transparentes de l'œil se trouve contrebalancée, d'où il résulte que le point de convergence des rayons lumineux ne se rencontre plus en avant de la rétine, mais bien directement sur cette membrane.

Je passerai sous silence les défauts inséparables de toutes les lunettes, en renvoyant pour cela à l'ouvrage que j'ai déjà cité; je ferai seulement remarquer que les verres qui les constituent doivent être de la meilleure qualité, absolument in-

colores, sans bulles, taillés très-exactement et parfaitement polis.

On doit déjà avoir conclu de ce qui précède que les verres doivent varier d'après le degré de myopie ou de presbytie, et être appropriés à la disposition individuelle des yeux. C'est aussi pour cela qu'on trouve des verres offrant les distances focales les plus différentes. Les verres pour les presbytes ont communément de quinze à soixante-dix et même quatre-vingts pouces de distance focale; ceux des myopes, de quatre à huit et même jusqu'à trente pouces et au-dessus.

Quoique tous les verres doivent être ou concaves ou convexes, il y a néanmoins encore quelques variétés sous le rapport de la forme de leur surface, que je vais faire connaître.

On a, pour les myopes, des verres sphériques *bi-concaves*, *plane-concaves*, *concave-convexes*, ou des verres *cylindriques* des mêmes formes. Il existe, au contraire, pour les presbytes, des verres sphériques *bi-convexes*, *plane-convexes* ou *convexe-concaves*. Les verres *concave-convexes* ou *convexe-concaves* ont surtout été recommandés par M. Wollaston, physicien anglais, et sont connus sous le nom de verres *périscopiques*: cependant ils étaient depuis long-temps connus en optique, et ne doivent par conséquent pas être considérés comme une nouvelle acquisition. Il doit être presque impossible de les disposer d'une manière parfaite. Les verres à surface *cylindrique* ont été inventés dernièrement par Galland de Cherveux, et ne sont connus en Allemagne que depuis peu de temps. Ils semblent, à plusieurs égards, mériter la préférence sur les verres sphériques ordinaires.

Les verres ne diffèrent pas seulement par la forme de leurs faces, ils varient aussi sous le rapport de la forme de leur circonférence. Les verres ovales, qui plaisent à la vue, nous sont venus d'Angleterre; ils ne doivent pas être employés, car leur petitesse est cause qu'ils offrent non-seulement un champ trop étroit, mais qu'ils laissent arriver à l'œil trop de lumière sur les côtés; en sorte que le but de la réfraction des

rayons lumineux ne peut être parfaitement rempli. Les verres ronds, d'une étendue assez considérable, contenus dans une garniture tout-à-fait étroite, sont évidemment les meilleurs. On a donné la forme octangulaire aux verres cylindriques, sans doute uniquement pour les distinguer de ceux qui ont été usités jusqu'à ce jour, et pour attirer le public par le charme de la nouveauté.

Voyons maintenant quels sont les signes auxquels on reconnaît la nécessité de l'usage des lunettes.

Lorsque la myopie dépend d'une convexité congéniale trop considérable du globe de l'œil, ou qu'en général cette infirmité est déjà tellement avancée, que pour apercevoir les objets volumineux, situés à quelques pas de distance, il faille presque complètement fermer les paupières; quand le myope reconnaît à peine une personne à deux pas, lorsque pour lire il est obligé d'approcher le livre si près du visage qu'il ne peut se servir que d'un œil; quand, au crépuscule, il lit sans peine les caractères les plus fins, qu'il les affectionne par prédilection, et qu'il a l'habitude d'écrire très-fin et serré, on doit recommander l'usage de bonnes lunettes concaves.

Les symptômes qui, chez les presbytes, réclament l'emploi habituel des verres convexes, sont peut-être encore plus déterminés, et, dans tous les cas, plus pressans que ceux de la myopie.

Il faut donc, sans tarder, recommander des lunettes à verres convexes dans les circonstances suivantes :

Lorsque les presbytes, pour voir de petits objets, sont obligés de les tenir à une distance considérable de l'œil, lorsqu'en lisant et travaillant, ils croient n'avoir jamais assez de lumière, besoin qui est surtout caractéristique et constant lorsque les presbytes veulent considérer des objets rapprochés, même quand ils y voient mieux que dans toutes les circonstances précédentes; en outre, quand le malade n'aime à lire que des ouvrages imprimés en caractères très-gros, et qu'en lisant un peu long-temps les lettres lui semblent se confon-

dre les unes dans les autres, phénomène qui a lieu surtout quand il considère des objets petits et brillans; lorsqu'en regardant attentivement et pendant long-temps un objet situé près de lui, celui-ci devient confus et commence à se couvrir d'un brouillard; quand il survient en même temps un sentiment de tension, des maux de tête, un larmoiement, et que les yeux fatigués, n'aperçoivent plus les objets; enfin lorsque la vue, immédiatement après le réveil, est assez faible et n'acquiert son acuité ordinaire qu'au bout de quelques heures.

Dans l'un et l'autre cas il faut donner au malade des lunettes tout-à-fait convenables à son état.

On reconnaît en général qu'un verre est bon, quand on peut lire, écrire, et voir à travers aussi bien que si la vue était dans son état normal; quand l'usage prolongé des lunettes ne fatigue jamais les yeux; quand celui qui les porte n'éprouve aucun sentiment de pression au-dessus des sourcils, aucunes douleurs pongitives, aucun larmoiement, point de fatigue, de vertige, et en général aucune sensation désagréable dans les yeux ou les parties environnantes; lorsque l'usage des lunettes procure aux yeux un certain bien-être et le repos: pour donner ce résultat, les lunettes ne doivent pas grossir les objets ni les faire paraître plus petits; enfin on reconnaît que le verre est convenable, lorsque pour distinguer les petits objets il suffit de les rapprocher de l'œil à la distance à laquelle on voit bien lorsque la vue est bonne; c'est-à-dire quand, à la distance de douze à seize pouces, on peut voir distinctement et lire facilement des caractères de grosseur moyenne.

Si les verres sont mauvais ou, ce qui revient au même, s'ils ne sont pas convenables pour le sujet, s'ils sont trop forts, c'est-à-dire trop concaves chez les myopes et trop convexes chez les presbytes, que par conséquent ils rapetissent ou grossissent considérablement, la myopie et la presbytie augmentent, quoique les verres trop forts les soulagent beau-

coup d'abord, ils gâtent la vue de plus en plus. Les malades sont bientôt forcés, les uns et les autres, d'avoir recours à des verres de plus en plus forts, jusqu'à ce qu'enfin ils n'en trouvent plus qui le soient assez pour rendre supportable le plus haut degré de leur infirmité; circonstance qui équivaut presque à la cécité, tant pour le myope que pour le presbyte.

Si l'on ne donne pas des verres trop forts au myope et qu'il en use sobrement, il peut souvent en prendre de plus faibles, parce que sa vue s'est améliorée.

Si le presbyte fait usage de lunettes qui ne grossissent pas, et ne soient pas non plus trop faibles, il peut les porter pendant très-long-temps avant d'être obligé d'en prendre de plus fortes.

On peut ainsi dire qu'il y a des verres qui sont capables de conserver la vue; et c'est en ce sens qu'il faut entendre l'idée de *conserves*.

Pour avoir de bons verres il faut s'adresser à un opticien habile, prendre plusieurs lunettes pour essayer à domicile, et en s'en servant pendant plusieurs heures, choisir celles qui conviennent le mieux. Mais avant le faire un choix le médecin doit doit examiner si les deux yeux sont affectés du même vice ou si celui-ci y existe au même degré; car il y a des personnes dont les yeux ont un foyer tout-à-fait différent, chez qui chaque œil est presbyte ou myope à un degré varié; chez qui un œil est simplement presbyte, tandis que l'autre, au contraire, est presbyte et affaibli, ou même dont un des yeux est myope, tandis que l'autre est presbyte. Les lunettes ordinaires ne peuvent naturellement jamais convenir dans ces cas, parce qu'elles contiennent des verres taillés de la même manière pour les deux yeux et que, malgré le meilleur choix, il y aura toujours au moins un verre qui sera ou trop faible, ou trop fort, ou tout-à-fait impropre pour l'un des yeux.

Quelquefois la distance focale des deux yeux n'est pas la même depuis l'époque de la naissance. D'autres fois l'égalité

de la vision est détruite par une inflammation qui n'a porté que sur un œil. L'équilibre de la force visuelle et de la distance focale est souvent rompu par suite de l'usage continu d'une lunette d'approche, d'une loupe, d'une lorgnette simple, etc., avec lesquelles on n'exerce jamais qu'un œil. Souvent l'exercice de l'un des yeux est interrompu ou négligé pendant quelque temps par une circonstance quelconque, d'où résulte encore une inégalité de la faculté de voir. La même chose a lieu lorsqu'en travaillant, l'un des yeux est toujours placé dans l'ombre et l'autre à la lumière.

Dans toutes ces circonstances il faut un verre particulier pour chaque œil, et on les fait placer ensemble dans la monture.

Quelquefois l'usage des verres n'est nécessaire que quand on travaille à une lumière artificielle. Il est parfois besoin de lunettes particulières pour le jour et d'autres pour le soir; mais les verres ne doivent varier que sous le rapport du degré. Ceci arrive souvent chez les presbytes et les myopes, dont la force de la rétine étant relâchée ou obtuse, a besoin d'être stimulée par une lumière plus intense, pour remplir convenablement ses fonctions. Il faut, dans ces cas, choisir pour les travaux du soir des lunettes particulières qui fassent voir les objets sous une lumière plus vive et les grossissent un peu plus que celles du jour. On voit par là que les lunettes du soir doivent toujours être un peu plus fortes que celles dont on se sert pendant le jour. Il est inutile d'ajouter qu'on ne doit jamais confondre ces deux espèces de lunettes.

Il ne faut pas oublier cependant que même les meilleurs verres, lorsqu'ils ont servi long-temps, finissent par ne plus convenir aussi bien que dans le principe; ce changement indique que la vue est devenue ou meilleure ou plus mauvaise surtout en ce qui concerne les rapports de la distance focale.

On reconnaît qu'un verre ne convient plus, lorsque, de même que les mauvais verres en général, il occasione des

maux de tête, un sentiment de pression au dessus des sourcils et dans les yeux; lorsque ces organes sont rouges et sont en même temps le siége d'une chaleur considérable; quand le malade est obligé d'interrompre par momens son travail pour laisser reposer ses yeux, et enfin, lorsque, quittant ses lunettes, il voit trouble pendant quelque temps. Dans les commencemens on ne voit bien à travers les verres que pendant quelques minutes; la vue se brouille ensuite, et quand on lit, on est facilement pris d'envie de dormir. Enfin les objets vus à travers ces verres à la distance pour laquelle ils sont destinés, se montrent un peu plus grands ou plus petits que quand on les considère à l'œil nu.

Si, dans cet état de choses, le myope peut lire sans lunettes à une distance plus considérable qu'autrefois, et que le presbyte y voie mieux de près qu'auparavant, on peut être sûr que la myopie ou la presbytie a diminué réellement, et qu'il est par conséquent nécessaire de prendre des verres plus faibles.

Mais si, se méprenant sur la véritable nature des symptômes indiqués, on les considère comme l'expression du besoin de verres plus forts, on peut faire beaucoup de mal en cherchant à remplir cette fausse indication; car la vue au lieu de s'améliorer s'affaiblira par les efforts que le malade sera obligé de faire pour y voir, et la myopie ou la presbytie fera de plus en plus des progrès.

Cependant lorsqu'avec l'âge la presbytie s'accroît parce que le bulbe oculaire, devenant insensiblement plus sec, s'aplatit peu à peu davantage, alors la manifestation des signes que nous avons rapportés annonce qu'il est temps de porter des verres plus convexes.

Il est encore d'autres lunettes nécessaires dans une sorte de presbytie qui est produite par l'art. Ce sont les *lunettes à cataracte*, ainsi nommées parce qu'elles favorisent la vue distincte des objets rapprochés pour des yeux qui ont été opérés de la cataracte avec succès. Ces lunettes doivent être bien

plus fortes que celles dont se servent les presbytes ordinaires, car leur distance focale est communément comprise entre six pouces et un pouce et demi, ce qui les met à même de remplacer la force réfringente du crystallin qui a été éloigné. L'usage de semblables lunettes est indispensable pour les personnes qui ont été opérées de la cataracte; il n'y a que celles qui étant myopes avant la maladie puissent, en recouvrant la vue, distinguer quelquefois de près les petits objets sans le secours d'instrumens d'optique. Tous les autres ont besoin de lunettes convexes, et quelques-uns de ceux qui n'ont pas recouvré la vue aussi complètement qu'on pourrait le désirer, sont obligés le plus souvent d'avoir deux paires de lunettes, dont l'une doit les aider à bien voir dans le lointain, et l'autre leur servir à examiner les objets de près. Lorsque les malades ont été opérés des deux yeux, il leur faut souvent un verre particulier pour chaque œil; mais ils ne doivent jamais porter de lunettes avant que les sensations développées dans l'œil à la suite de l'opération ne soient entièrement et depuis long-temps dissipées; comme, par exemple, deux mois et même plus après l'extraction de la cataracte.

Si le malade peut choisir lui-même ses verres, il faut lui recommander de ne pas les prendre trop forts. Si, au contraire, il demeure éloigné du médecin et de l'opticien, et que le premier soit chargé de faire le choix de lunettes convenables, l'individu à qui elles sont destinées doit prendre une feuille de papier sur laquelle sont imprimés de gros caractères, comme une affiche ou le titre d'un livre, la placer à différentes distances de ses yeux, et chercher s'il ne peut pas distinguer facilement à l'œil nu l'une ou l'autre des lettres. S'il en est une qu'il aperçoive très-distinctement, il fait mesurer par une autre personne la distance qui existe alors entre ses yeux et la lettre, et la dimension de celle-ci, pour envoyer ces deux mesures à son médecin, qui d'après ces données fait ensuite confectionner des lunettes par un opticien habile. Si le malade se sert trop tôt de ses lunettes,

elles ne lui suffisent pas long-temps, car il faut qu'il les prenne ensuite de plus en plus fortes jusqu'à ce qu'il n'en trouve plus qui puissent lui convenir.

Outre les lunettes ordinaires pour les myopes et les presbytes, il en est encore d'autres dont je vais parler en peu de mots.

Les lorgnettes à *un seul verre* sont surtout destinées aux personnes myopes, les verres en sont par conséquent concaves. Les presbytes ne devraient jamais se servir de lorgnettes à verres convexes ; car comme on ne les tient jamais à une distance fixe et déterminée devant les yeux, elles grossissent ou rapetissent les objets suivant le tremblement et les changemens de position de la main qui les supporte. On doit tout-à-fait rejeter les *lorgnettes simples* (*monocles*), parce qu'elles n'exercent qu'un œil ; car il résulte de leur usage que les deux yeux, qui précédemment jouissaient d'une égale force, ne tardent pas à éprouver la diminution de cet équilibre, et l'œil qui n'est pas exercé s'affaiblit de plus en plus. L'usage habituel des *loupes* est encore plus nuisible pour la vue des presbytes et des myopes ; ces instrumens, indépendamment du défaut que nous avons reproché aux lorgnettes simples, ont encore celui de gâter l'œil par leur trop grande force et d'exiger par la suite l'emploi des verres convexes beaucoup plus forts qu'ils n'auraient dû être sans cette circonstance.

Les *lorgnettes doubles* (*binocles*), quand les verres en sont bien assortis, sont très-commodes pour les personnes chez qui la myopie n'existe qu'à un faible degré et qui ne veulent aider leur vue que dans les cas extrêmes ; en effet il est plus facile de les placer devant les yeux et de les en éloigner, que les lunettes ordinaires. Ces cas exceptés, les lunettes que l'on peut fixer devant les yeux sont toujours préférables aux lorgnettes.

Les *verres* entièrement *planes* nuisent plus qu'ils ne sont utiles.

Les *verres verts* sont portés ordinairement par des personnes affectées de photophobie et d'une sensibilité excessive des yeux ; leur usage est cependant aussi plus nuisible qu'utile, car ils obscurcissent les objets et ne laissent pénétrer dans l'œil que des rayons peu distincts et peu nombreux, parce qu'ils contiennent plus de matière colorante et sont par conséquent plus obscurs. Ils garantissent l'œil, à la vérité, en modérant la lumière, mais ce soulagement n'est qu'apparent, et se trouve annulé par les efforts plus grands que les malades sont obligés de faire pour apercevoir distinctement les objets de petite dimension. D'où il résulte non-seulement que les yeux sont affaiblis, mais qu'ils perdent encore l'habitude de la lumière naturelle, ce qui contribue à entretenir la photophobie et leur trop grande sensibilité, de la même manière que l'impression insolite de la lumière sur les yeux des individus qui travaillent habituellement dans des lieux sombres peut produire des maladies de ces organes. Les personnes qui ont pendant long-temps porté des lunettes vertes les trouvent à la fin tout-à-fait commodes, par cela même qu'elles ne peuvent plus supporter la lumière naturelle, dont elles ont perdu l'habitude. Si par la suite le globe de l'œil s'aplatit de plus en plus, et que la presbytie augmente, il leur faut alors des verres verts plus convexes. Ceux-ci seront plus épais, par conséquent moins transparens, et exigeront des efforts plus considérables pour apercevoir distinctement les objets, ce qui ne peut qu'ajouter encore à la faiblesse des yeux.

L'opinion de quelques médecins qui pensent que les verres verts fortifient les yeux sains, ou au moins les conservent en bon état, est donc tout-à-fait inexacte.

Les personnes qui s'en sont servies pendant long-temps, doivent peu à peu se défaire de cette habitude en prenant des verres de moins en moins foncés en couleur, jusqu'à ce qu'ils soient enfin en état d'y voir aisément à la lumière naturelle.

Les *lunettes à visière* que l'on porte pour se garantir contre le vent et la poussière, surtout dans les voyages, remplissent, il est vrai, le but qu'on se propose; mais elles peuvent être infiniment plus nuisibles qu'utiles, car en *emmaillottant* ainsi, en quelque sorte, les yeux et les parties voisines, elles en augmentent la transpiration, dont on ne peut pas toujours éviter la suppression dans les momens où l'on ôte les lunettes; d'où résultent alors pour les yeux des affections rhumatiques, catarrhales et même arthritiques, si les sujets sont disposés à cette maladie, affections qui peuvent devenir très-dangereuses pour la vue.

POUDRES OPHTHALMIQUES.

Les poudres qui étaient fort employées par nos devanciers contre les taies de la cornée, parce qu'ils avaient eu des preuves convaincantes de leur efficacité, sont de nos jours entièrement, et très-probablement à tort, tombées en désuétude, car la théorie et la pratique font très-bien concevoir leur utilité. Qu'elles soient solubles ou insolubles dans le fluide lacrymal, qu'elles agissent chimiquement ou non, elles enlèvent plus ou moins complètement la couche de mucosité qui est toujours plus abondante à la surface de la cornée chez les enfans que chez les adultes; la substance opaque qui est presque toujours située sous cette couche, et qui constitue la taie, est excitée à un plus haut degré par ces substances; elles favorisent puissamment la résorption et la transsudation de l'humeur aqueuse à travers la cornée, et doivent par conséquent être très-efficaces pour faire disparaître celles des opacités de cette membrane qui en sont susceptibles.

Mais leur action est nuisible lorsque les yeux sont sensibles, rouges ou disposés à des inflammations spécifiques; quand on les emploie trop souvent, en trop grande quantité, ou lorsqu'elles sont trop grossières, parce que l'irritation

qu'elles produisent alors peut s'élever jusqu'au degré de l'inflammation.

Elles doivent être par conséquent réduites en poudre impalpables, et tamisées avec le plus grand soin; jamais on ne doit les appliquer sur l'œil avec un pinceau mouillé, mais on doit les insuffler en petite quantité sur la cornée, au moyen d'un tuyau de plume de corbeau.

Les poudres employées dans les cas où elles convenaient m'ont été plus utiles que la plupart des topiques les plus vantés, et je crois que parmi les moyens dont se servaient les anciens, elles sont du nombre de ceux qui méritent d'être tirés de l'oubli. La plus douce de ces poudres est le *sucre des Canaries*.

POMMADES OPHTHALMIQUES.

L'axonge et le beurre frais non salé sont les substances grasses qui entrent le plus communément dans la composition des pommades ophthalmiques ; la première mérite cependant la préférence, parce qu'on peut toujours l'obtenir fraîche, et que les procédés pour dessaler le beurre sont incertains. On se sert aussi quelquefois de la cire unie aux huiles douces, ou du beurre de cacao qui est moins susceptible de rancir.

Les pommades sont employées dans les cas où l'on désire produire un effet continu sur le globe de l'œil, lorsque les médicamens liquides ne sont pas aisément supportés, ou quand on doit employer des substances qui ne sont pas faciles à appliquer sous une autre forme.

La préparation des pommades ophthalmiques est une de celles qui exigent le plus grand soin, et malheureusement personne n'est moins convaincu de cette vérité que les pharmaciens; car fréquemment leur composition est abandonnée à l'arbitraire de l'*apprenti*, qui n'hésite souvent pas à se servir de sa spatule pour mêler le *deutoxide de mer-*

cure, le *protoxide de zinc*, etc., avec l'axonge ou le beurre, dans la boîte même qui doit contenir ce médicament; souvent aussi il néglige d'agiter le mélange jusqu'à son refroidissement, lorsqu'il s'agit d'incorporer des substances pulvérulentes dans la graisse liquide; d'où il résulte que l'élément important de la pommade, la substance en poudre, se précipite par son propre poids.

Tout le monde est convaincu de l'importance qu'il y a à ce que les pommades ophthalmiques soient bien préparées; je ne rappellerai donc que les précautions suivantes: 1° Toutes les substances pulvérulentes destinées à entrer dans la composition d'une pommade ophthalmique, doivent être réduites en poudre impalpable dans un mortier de verre, avant d'être mélangées à la graisse; la poudre étant dans cet état, on y ajoute peu à peu le véhicule qui doit la contenir en broyant continuellement. Il n'est pas besoin que la graisse soit chauffée, à moins qu'elle n'ait trop de consistance. Dans ces cas même sa liquéfaction complète est rarement nécessaire; mais il est utile que les poudres soient bien délayées dans quelques gouttes d'huile d'amandes ou de noix, avant d'y mêler la graisse fondue. On doit continuer alors à agiter le mélange jusqu'à ce que la masse soit tout-à-fait refroidie. Ces pommades ne doivent jamais être livrées aux malades que dans des vases parfaitement propres et secs; ceux de porcelaine sont les plus convenables.

2° Les substances solubles dans l'eau, destinées à entrer dans les pommades, doivent être délayées très-exactement avec quelques gouttes de ce liquide, avant de faire le mélange.

Il est facile de s'assurer si pendant la préparation d'une pommade le mélange a été fait très-exactement; il suffit pour cela d'en prendre une petite portion, et de la frotter entre ses doigts; en l'examinant à l'aide d'une bonne loupe, on découvre aussi facilement quand le mélange a été inégalement fait.

La meilleure manière d'appliquer les pommades consiste à

en prendre une petite quantité au bout d'un pinceau délié, à abaisser la paupière inférieure avec le doigt indicateur gauche, de manière à ce qu'elle soit à demi renversée ; on dépose ensuite ce médicament sur sa face interne. On peut également faire cette opération sans qu'il soit besoin de pinceau, en se servant seulement du petit doigt pour étendre doucement sur la face interne de la paupière à demi renversée, la pommade dont il était préalablement recouvert ; ce procédé convient surtout chez les enfans. Une fois la pommade appliquée, les malades doivent fermer les yeux, et il ne reste plus qu'à frotter doucement avec le doigt la paupière supérieure contre le globe de l'œil, pour que le topique s'étende d'une manière uniforme.

Mais les pommades ne sont pas toujours destinées à être mises en contact avec la conjonctive oculaire ; il est des cas où elles ne doivent, au contraire, jamais être introduites sous les paupières, comme, par exemple, dans les inflammations chroniques des glandes palpébrales, etc.; on les applique alors à l'extérieur, surtout dans la maladie que nous venons de citer, en procédant de la manière suivante : On met sur l'extrémité du petit doigt une quantité de pommade du volume d'une tête d'épingle ou d'une lentille ; on la dépose doucement, les paupières étant fermées, sur les points d'insertion des cils, en y passant les doigts légèrement et à plusieurs reprises. On peut opérer de même avec un pinceau fin, ce qui doit surtout être recommandé si les doigts du malade ou de la personne qui est chargée de l'application du médicament, sont durs et rugueux.

Les pommades ont en général un effet plus durable que les collyres ; leur application doit par cette raison être moins fréquent que ces derniers.

Une pommade qui étant préparée d'une manière convenable guérit la maladie, peut très-facilement l'aggraver si sa préparation est mal faite.

Lorsque les pommades ont été appliquées sur le bulbe

oculaire même, il faut garantir cet organe pendant quelque temps contre toute impression de la lumière et d'autres agens; c'est pourquoi il convient surtout de les appliquer le soir, au moment de se coucher.

Quand on fait usage de pommades, il faut tous les jours faire sur l'œil des lotions très-douces avec de l'eau tiède, pour empêcher que ce médicament ne s'amasse entre les cils, et ne serve de moyen de dépôt à la poussière contenue dans l'air.

VISIÈRES.

Quand l'œil doit être soustrait à l'impression d'une trop vive lumière, les visières sont un bon moyen pour obtenir ce résultat; elles servent encore à éloigner de cet organe la poussière qui est toujours en suspension dans l'atmosphère même la plus pure. Les plus convenables sont, à mon avis, celles qu'on fait en papier fort, garni de taffetas vert; il suffit ordinairement d'un quart d'aune de Paris de cette étoffe pour cet objet. On peut leur donner une forme carrée ou semi-lunaire, et elles doivent être munies de rubans à leurs deux coins supérieurs, afin de pouvoir les fixer solidement à la tête.

Les visières ordinaires, faites de parchemin, de toile cirée, etc., avec du fil d'archal sont incommodes et conviennent mal; d'ailleurs on ne peut pas se les procurer partout.

COLLYRES.

Les pharmaciens confectionnent journellement des collyres, et, il faut le dire, il est rare qu'ils sachent les bien préparer (*). Il est aussi des médecins qui prescrivent tous

(*) Nous pensons qu'il est inutile de nous trop arrêter à faire sentir que ces reproches adressés par l'auteur aux pharmaciens d'Allemagne ne sont pas à beaucoup près applicables d'une manière aussi générale à ceux de la France. (*N. d. Tr.*)

les jours ces médicamens, et il en est peu qui aient l'habitude de les employer d'une manière convenable ; je pense donc qu'on ne me saura pas mauvais gré d'insister plus long-temps sur ce chapitre.

Pour qu'un collyre soit bien préparé, les sels destinés à entrer dans sa composition ne doivent pas être pesés et dissous au moment même où il doit être apprêté ; ils doivent, au contraire, exister, dans les officines, à l'état de dissolution dans de l'eau distillée pure. Si le pharmacien connaît la proportion du sel par rapport à sa dissolution, il peut composer sans peine un collyre dans lequel doit entrer, par exemple, un sixième ou un quart de grain de sublimé, etc., et avoir la certitude d'y mettre la dose prescrite.

La meilleure manière de préparer les collyres qui contiennent des sels, des mucilages, des solutions d'opium et autres teintures, consiste à mêler avec le sel la moitié de l'eau qui doit servir de véhicule, et l'autre moitié avec le mucilage et les teintures, à réunir ensuite les deux mélanges et à filtrer. Mais s'il entre dans ces préparations des sels qui se décomposent mutuellement et en partie, il faut avoir soin que le mélange soit fait de manière à ce que la décomposition soit aussi faible et aussi lente que possible. Ainsi le collyre suivant, dont la composition est telle que les substances dont il est formé doivent réagir l'une sur l'autre, se conservera pendant plusieurs jours sans décomposition notable, si on le prépare de la manière qui va être indiquée. En supposant qu'il s'agisse de faire un collyre avec :

Sulfate de zinc.	gr. ij.
Eau de roses.	℥ iv.
Acétate de plomb.	3 ß.
Mucilage de gomme arabique. . .	3 ij.

Voici la manière de procéder :

Prenez quarante gouttes d'une dissolution de sulfate de

zinc, dont le nombre de gouttes indiqué contienne deux grains de ce sel ; mêlez-les avec la moitié d'eau de roses prescrite, mélangez le demi-gros d'acétate de plomb à l'autre moitié d'eau de roses, avec laquelle on a préalablement mêlé le mucilage de gomme arabique ; réunissez le tout et filtrez. Cette préparation offre à la vérité une couleur légèrement opaline, à peu près semblable à celle du petit-lait pur, mais elle se conserve plusieurs jours sans éprouver une décomposition considérable. Si, au contraire, on verse d'abord l'acétate de plomb, et successivement le mucilage et le sulfate de zinc, qui vient d'être pesé et délayé avec un peu d'eau dans le mortier, et qu'on étende seulement alors le tout avec l'eau de roses, l'acétate de plomb et le mucilage se précipitent aussitôt, et il en résulte un composé qui offre presque l'aspect du lait. Mais, comme nous l'avons déjà dit, les mélanges qui sont moins directement en opposition aux lois chimiques doivent être préparés avec le plus grand soin, et en prenant les précautions indiquées. Je vais essayer de me faire comprendre également par un exemple :

Si l'on a à composer un collyre avec : pierre divine, gr. ij ; eau de roses, ℥ iv ; laudanum liquide de Sydenham, 3 j ; et mucilage de gomme arabique, 3 iij ; le pharmacien peu instruit le prépare souvent ainsi : Il pèse la pierre divine à l'état sec, la broye dans un mortier de marbre, verse par dessus une petite quantité de la dose d'eau de roses à employer ; après avoir opéré la dissolution, il laisse ce mélange, pour peser en attendant, dans le verre tarré, un gros de laudanum liquide et trois gros de mucilage. Il verse ensuite la dissolution concentrée de pierre divine sur les deux substances qui ont déjà été déposées dans le vase, et étend le tout en ajoutant le reste de l'eau de roses que peut-être même il a fait servir à rincer le mortier.

Indépendamment de ce qu'en procédant ainsi, le quart des deux grains de pierre divine, s'ils ont été bien pesés, peut rester facilement dans le mortier, soit à l'état de dissolution,

soit encore pulvérulent, il est certain qu'en versant la solution de pierre divine concentrée sur le laudanum et le mucilage, l'opium doit être aussitôt précipité sous forme de poudre, et le mucilage en flocons filamenteux; et, bien que le tout se mêle ensuite avec le reste de l'eau de roses, cette préparation ne conserve sa limpidité que pendant quelques heures, car bientôt après l'opium et le mucilage floconeux se précipitent au fond du vase. Si, après avoir agité le mélange, on l'applique sur l'œil affecté d'ophthalmie, on augmente l'inflammation; si au contraire on en retire le dépôt, le collyre se trouve privé des substances actives qui entraient dans sa composition.

En général on aime à ajouter un peu de mucilage à tous les collyres, afin d'atténuer leurs propriétés irritantes, et pour imiter le procédé de la nature, qui mêle également aux larmes une substance mucilagineuse afin de mieux garantir l'œil de l'action des sels qu'elles contiennent. Je suis convaincu de l'utilité de ces mucilages, seulement je pense qu'ils devraient être tirés préférablement du règne animal, en employant, par exemple, la colle de poisson de bonne qualité.

On ne devrait jamais faire préparer une grande quantité de collyre à la fois, parce que la plupart de ces médicamens se décomposent en peu de temps, et perdent leur efficacité; ainsi il n'y a qu'un pharmacien ignorant qui puisse avoir préparé d'avance une provision de collyres contenant du sublimé et du mucilage, comme celui qui est recommandé par Conradi; car au bout de très-peu de temps il n'y reste plus un atome de deutochlorure de mercure, celui-ci passant à l'état de protochlorure.

Ici se borne ce que nous avions à dire sur le mode de préparation des collyres: quant à la manière de les appliquer, elle dépend de l'objet qu'on se propose.

1°. On se sert de certains collyres uniquement dans le but de les instiller à la surface de l'œil, comme on le fait, par exemple, dans les cas d'ulcères de la cornée et de la face in-

terne des paupières, etc. Dans ces circonstances, le meilleur procédé consiste à placer le malade horizontalement sur un sopha ou sur des chaises, et après avoir mis une faible quantité du collyre dans un flacon d'une très-petite dimension qu'on peut chauffer en le tenant dans la main, si le collyre doit être employé tiède, on en laisse tomber quatre ou cinq gouttes dans l'angle interne de l'œil, pendant que les paupières sont légèrement fermées, après quoi le malade clignotant plusieurs fois de suite, ce médicament se répand aussitôt sur tout le bulbe oculaire. Si l'on opère sur des enfans, le médecin ou les parens peuvent entr'ouvrir doucement les paupières ; par ce moyen le collyre pourra pénétrer jusqu'à la surface de l'œil, même chez les individus les plus indociles. Après avoir essuyé avec un linge ployé en pointe la portion du liquide resté à l'angle interne, on fait lever le malade.

2°. On emploie aussi les collyres seulement en fomentations sur les yeux, principalement dans les cas où l'affection est bornée aux paupières, et surtout à leurs bords, comme cela a lieu dans les inflammations catarrhales de ces parties. La meilleure manière, alors, de se servir des collyres, consiste à en verser une certaine quantité dans un vase, à y tremper un linge fin et doux, qui ne soit que médiocrement usé, et à en laver doucement les paupières fermées, en ayant la précaution de recommander au malade de clignoter pendant cette opération ; par ce moyen le liquide pénètre aussi en partie entre les bords palpébraux et à leur face interne. Communément on laisse le collyre sécher sur l'œil, en évitant soigneusement tout contact de l'air froid, et surtout les courans d'air, jusqu'à ce que l'humidité ait disparu. Le superflu versé dans le vase doit être jeté. Lorsqu'on doit employer cette préparation tiède, on peut, avant de s'en servir, chauffer le vase dans de l'eau chaude ou sur un poêle.

3°. Enfin les collyres sont aussi employés en applications chaudes ou froides, au moyen de compresses de linge pliées

en quatre ou six doubles, que l'on imbibe de cette liqueur. Il est bon que le malade évite de pencher la tête en avant, et de s'exposer au refroidissement. Lorsque c'est par le froid au contraire qu'on se propose d'agir, on ne doit pas laisser les compresses sur l'œil quand elles se sont échauffées; il faut continuellement les rafraîchir de nouveau en les humectant, et continuer ainsi pendant au moins une demi-heure sans interruption. Le laudanum liquide de SYDENHAM, et d'autres liquides concentrés, ne doivent être appliqués que goutte à goutte, et au moyen d'un pinceau.

Lorsque les paupières sont collées ensemble par des croûtes solides, il faut les ramollir par des applications tièdes, composées d'eau et de mie de pain blanc, et les déterger ensuite doucement avec de l'eau tiède, avant d'appliquer le collyre qu'on veut employer.

Il faut toujours, dans l'application de tous les moyens externes, par conséquent aussi dans celle des collyres, observer les plus grands ménagemens et la plus grande propreté.

ÉVACUATION ARTIFICIELLE DE L'HUMEUR AQUEUSE A TRAVERS LA CORNÉE.

En parlant des maladies de la cornée, il a déjà été question de cette petite opération, qui paraît être très-utile dans certains cas d'inflammations internes du globe de l'œil. Il suffira d'ajouter ici que cette membrane doit toujours être ouverte dans sa partie la plus déclive, par une petite incision pratiquée avec le couteau à cataracte. Cette ouverture est surtout indiquée lorsqu'il s'agit de donner issue non-seulement à une certaine quantité de l'humeur aqueuse, mais encore à du pus, dont l'évacuation ne serait que très-imparfaite si l'on se bornait à faire une ponction avec l'aiguille à cataracte. Cette opération peut être répétée plusieurs fois selon les circonstances.

SANGSUES.

On ne doit presque jamais appliquer les sangsues sur les paupières, parce que leur chute est facilement suivie d'épanchemens de sang dans le tissu cellulaire lâche de ces parties, d'où résulte une tuméfaction souvent fâcheuse.

Les points qu'on doit préférer pour leur application dans le traitement des affections inflammatoires des yeux sont : la région temporale, la région voisine de l'angle externe de l'œil, et l'angle interne, sur la veine dite angulaire. On les place sur ce vaisseau, au moyen d'une carte roulée sur elle-même en forme de cylindre ; on peut encore prendre une sangsue avec les doigts, et la tenir ainsi en contact avec la partie jusqu'à ce qu'elle ait commencé à opérer la succion. S'il s'agit de faire prendre des sangsues à la région temporale, on les applique de la même manière, ou on les enferme dans un petit verre à liqueur, que l'on tient renversé sur la peau jusqu'à ce que ces annelides s'y soient attachés ; lorsqu'ils sont tombés, on favorise l'écoulement du sang en lavant les plaies avec une éponge imbibée d'eau chaude.

On doit prendre les plus grandes précautions pour que le sang ne pénètre pas entre les paupières, parce que, après sa coagulation, et bien plus encore après qu'il s'est desséché, il agit sur l'œil à la manière d'un corps étranger, et ne peut pas être enlevé facilement sans qu'il en résulte une vive irritation. La surface sur laquelle on veut faire prendre des sangsues, doit toujours être préalablement nettoyée avec soin ; il est bon aussi qu'elle soit humectée avec un peu de lait ou d'eau sucrée, ce qui les fait s'attacher plus vite (*).

(*) Le moyen le plus expéditif et en même temps le plus sûr, consiste à bien laver la partie avec de l'eau chaude, à la sécher, et même la frotter un peu fortement jusqu'à ce qu'elle commence à rougir. On prive les sangsues de leur humidité, le plus soigneusement possible, en les roulant doucement dans un linge légèrement chauffé. On les rapproche en-

CATAPLASMES.

Quand on se propose de seconder l'action de certains médicamens par une chaleur humide continue, on se sert de cataplasmes chauds. Ceux-ci peuvent par conséquent agir à la manière des résolutifs, des émolliens, des maturatifs, des calmans, des détersifs, des astringens, des toniques, des antiputrides, etc., selon qu'on les emploie dans telle ou telle affection, et selon les médicamens qu'on fait entrer dans leur composition. On les prépare le plus ordinairement avec la mie de pain, le safran, la farine de blé, la farine de graine de lin, les fleurs et feuilles de mauve, la racine de guimauve, le quinquina, le camphre, la myrrhe, la ciguë, etc., substances qui doivent toujours alors être réduites en poudre.

On s'en sert, en étendant la pulpe qui les compose au milieu d'une compresse de linge fin, propre, doux et exempt dedéchirures, dont on rabaisse ensuite les bords d'une manière égale. Jamaisun cataplasme ne doit être laissé sur l'œil jusqu'à son entier refroidissement, car il faut toujours le remplacer par un autre avant que sa température ne soit trop diminuée.

Les cataplasmes doivent être formés d'une substance pultacée, non liquide, d'une chaleur agréable, et jamais par conséquent leur température ne doit être trop élevée; enfin il faut que l'œil n'éprouve aucune pression ni aucune gêne. On doit veiller par conséquent à ce qu'ils soient appliqués lâchement et légèrement, et à ce qu'ils ne soient pas trop petits, car il doivent au contraire dépasser l'orbite de tous

suite en masse, sur un autre linge bien sec, et on les applique sur la partie, et on les y maintient réunies, soit en plaçant un verre ou la main pardessus le linge, pour les retenir et empêcher qu'elles ne s'écartent. Le lait ou l'eau sucrée sont tout-à-fait inutiles, si même ils ne retardent pas quelquefois la réussite de cette opération. (*N. d. Tr.*)

côtés, au moins de la largeur d'un travers de doigt, et prendre ainsi appui sur les parties qui environnent l'œil. Dans les cas seulement où les cataplasmes ne sont pas employés pour des maladies du bulbe oculaire, mais seulement d'une partie voisine, comme, par exemple, de la glande lacrymale, du sac lacrymal, d'une paupière, etc., il est bon de ne pas les faire beaucoup plus étendus que ne l'est la surface malade, afin de ménager l'œil.

ÉLECTRICITÉ.

On sait que cet agent naturel excite la vitalité du système vasculaire, et par suite augmente l'action des organes de la vie végétative et de la vie animale à laquelle président les vaisseaux. Les effets que produit l'électricité semblent être plus dynamiques, mais avoir moins de durée que ceux du galvanisme.

On a recours à ce puissant modificateur, principalement dans les ophthalmies chroniques, et surtout dans celles qui sont rhumatiques et scrophuleuses, dans le pannus, la cataracte commençante, l'amblyopie amaurotique et l'amaurose. Mais on ne doit jamais perdre de vue qu'il ne faut pas qu'il y ait en même temps pléthore ou des congestions sanguines, car alors il est plus nuisible qu'utile. On emploie encore l'électricité contre les glaucômes (bien que je ne l'aie jamais vu réussir), contre les mydriasis, les paralysies ou le clignotement convulsif des paupières, contre les hydrophthalmies et les taies de la cornée, enfin contre beaucoup d'affections chroniques des voies lacrymales.

Le meilleur mode d'administration de ce moyen paraît être le bain électrique. On se sert, à cet effet, d'un fil de métal épais, dont une extrémité se termine en crochet, tandis que l'autre est adaptée à un manche de verre destiné à l'isoler; ce crochet doit être armé d'une petite masse de bois, pyriforme, qui sert à diriger le courant électrique sur

l'œil ouvert; le conducteur étant en contact avec la machine, on met celle-ci en mouvement, en la faisant agir avec force dans cette occasion.

On peut aussi, s'il y a nécessité, faire passer un courant électrique à travers les parties voisines de l'œil ou en tirer des étincelles; seulement il faut procéder d'une manière graduelle en passant successivement d'un degré faible à un degré plus fort.

On peut ainsi, au commencement, prolonger l'opération de trois à cinq ou dix minutes, et la porter peu à peu jusqu'à quinze et vingt minutes, mais tout au plus deux fois par jour.

GALVANISME.

Les effets du galvanisme sont analogues à ceux de l'électricité, mais ils doivent être plus durables et modifier davantage la composition des parties, propriété qui l'a fait préférer par quelques médecins.

C'est le pôle négatif qu'on emploie en général dans les maladies des yeux; il paraît avoir une action analogue à celle de la lumière, en augmentant la sensibilité et les fonctions de l'économie animale; il produit généralement dans les affections de la sensibilité de l'œil, des effets plus marqués que le pôle positif.

Il y a différentes manières d'appliquer le galvanisme; celle qui a été décrite par Burdach et Beck me paraît la plus convenable; je vais la faire connaître.

Quand on veut produire un effet énergique, on met le pôle négatif en communication avec la cornée ou avec les paupières; mais il est rare qu'on doive se proposer d'agir sur ces points. On cherche, le plus habituellement, à exciter les nerfs de l'œil par l'intermédiaire de l'une des trois branches de la cinquième paire. On applique l'extrémité du conducteur au dessus du sourcil, dans la région du trou sus-orbitaire, à

la face interne du nez, ou de l'os maxillaire supérieur, dans la région des dents molaires, ou à la tempe. L'autre pôle doit être éloigné et fixé dans la main, qui doit être plongée dans un vase rempli d'eau. La durée de l'effet à produire est variable. La construction de la pile se règle sur l'excitabilité particulière du malade; on emploie ordinairement de quinze à quarante paires de plaques.

Pour appliquer facilement le pôle négatif sur une partie, on se sert d'une plaque de métal un peu concave, qui, dans le but de prévenir l'oxidation, doit être dorée à sa face interne, ou recouverte d'une couche de résine laque sur son bord et à sa face externe, afin d'empêcher son contact immédiat avec la peau. On place sur sa face interne un morceau d'éponge mince, médiocrement imprégné d'eau salée, d'une dissolution de tournesol ou de fiel de bœuf, on la met en contact avec la partie qu'on veut galvaniser; et on maintient tout l'appareil à l'aide d'un lien passé par l'anneau de la plaque; on suspend ensuite la chaîne du pôle négatif dans la petite anse qui se trouve à sa face externe. Quand on veut agir sur l'œil lui-même, on se sert d'une petite baignoire de cuivre, dorée à sa face interne, enduite de laque à l'extérieur, du milieu de laquelle s'élève une tige métallique, isolée par un tube de verre dans lequel elle est cachée en grande partie, et présentant un petit anneau à son extrémité inférieure pour y adapter la chaîne. La baignoire étant remplie d'eau tiède, le malade y plonge l'œil ouvert, et on établit la communication.

FOMENTATIONS.

Les fomentations demandent la plus grande attention, surtout quand il s'agit de les appliquer de manière à ce que la chaleur soit uniformément partagée. Tout ce qu'on peut dire sur leur emploi dans les maladies des yeux a déjà été exposé par M. Græfe; comme je ne connais rien de mieux

à dire, je vais répéter les remarques de cet habile chirurgien. Les fomentations peuvent nuire par la pression que les compresses humides exercent sur l'œil, lorsque celles-ci sont trop épaisses, et sont formées de toile grossière, ou quand elles sont mal appliquées. Elles doivent être assez grandes pour porter, comme les cataplasmes, sur le contour de l'orbite, et elles doivent rester fixées uniquement par leur humidité, sans exercer aucune pression sur le globe de l'œil. Jamais il ne faut les arrêter au moyen d'une bande ; elles doivent être au contraire appliquées purement et simplement, la position horizontale du malade étant alors indispensable. Les fomentations peuvent être nuisibles en communiquant à l'œil une température qui ne lui convient pas, c'est-à-dire en occasionant du refroidissement quand elles devraient entretenir la chaleur, et en échauffant lorsqu'elles devraient rafraîchir. Il faut donc que la température de la chambre du malade soit fraîche quand on fait usage de fomentations froides, et chaude quand on les emploie à une température un peu élevée.

Le meilleur moyen de faire des fomentations tièdes consiste à placer à côté du malade, sur une chaise, un sachet d'une capacité suffisante, rempli de sable chaud ; on le recouvre d'une serviette, et on fait, à la face supérieure, un enfoncement propre à recevoir commodément une soucoupe. On remplit alors celle-ci du liquide modérément échauffé, et on y plonge plusieurs compresses. Aussi souvent que le sable perd sa chaleur, ce qui, suivant les circonstances, a lieu toutes les heures ou toutes les deux heures, on le remplace par un autre sachet. Le feu d'une lampe ou du charbon a l'inconvénient de trop échauffer les vases et d'empêcher l'obscurité qu'il peut être nécessaire d'entretenir autour du malade.

Quand on cesse les applications humides, on ne doit pas oublier d'essuyer doucement et très-exactement les paupières, pour que l'humidité qui pourrait rester, venant à s'évaporer, ne cause pas le refroidissement de ces parties. Dans les cas

où les malades sontdoués de certaines idiosyncrasies, qui ne leur permettent pas de supporter les fomentations humides, il faut se garder d'insister sur leur application. Enfin si on ne peut pas espérer que les précautions que nous venons d'indiquer soient observées, il vaut mieux se passer de ces moyens.

BAINS GAZEUX.

Quoique ces médications ne soient employées que depuis très-peu de temps, il est cependant permis d'espérer qu'elles produiront des résultas importans et avantageux.

Les gaz qui jusqu'ici ont été employés localement contre les affections des yeux, sont surtout le *gaz acide carbonique* et le *gaz hydrogène*.

Leur mode d'administration consiste à les diriger sur l'œil, soit à l'état pur, soit mélangés. Dans le dernier cas on les emploie mêlés à certains liquides, sous forme d'eaux minérales, ou même encore, on emploie l'eau de fontaine pure, après l'avoir sursaturée du gaz que l'on doit employer ; cette dernière préparation peut être faite très-facilement par tous les pharmaciens. Quand on fait usage de gaz purs, on se sert, pour les diriger sur les yeux, d'un conduit fabriqué avec un morceau de vessie, dont l'extrémité libre est très-exactement appliquée autour de l'orbite, tandis que l'autre est adaptée à un appareil qui consiste en un flacon communiquant par un tube de sûreté avec une cornue, dans laquelle on opère le mélange qui doit produire le dégagement du gaz.

M. Græfe a décrit un appareil de ce genre dans le *Répertoire des formules utiles pour le traitement des maladies des yeux*. Il est facile de le rendre encore plus commode et moins susceptible d'altération, en remplaçant le conduit membraneux, destiné à porter le gaz sur l'œil, par un tube de verre recourbé sur lui-même à la manière d'un cor de chasse. Je n'insisterai pas davantage sur cet appareil, parce qu'il suffit

de lire l'ouvrage que je viens d'indiquer, pour être à même d'y apporter les modifications nécessaires.

Le procédé le moins dispendieux pour préparer l'acide carbonique (qui est, comme on sait, formé de 72,73 de carbone et de 27,27 d'oxigène, et est susceptible d'être absorbé par une quantité d'eau égale à son volume quand on les agite ensemble), consiste à mettre, dans une cornue de la craie ou carbonate de chaux, pilée grossièrement, et à y verser de l'acide sulfurique étendu de deux fois son poids d'eau (*).

On a employé jusqu'ici avec avantage contre les ophthalmies scorbutiques et la gangrène des paupières, le gaz acide carbonique pur, ou en dissolution dans l'eau, comme on le trouve dans les eaux acidules gazeuses, ou bien encore en faisant sur l'œil des applications de carottes réduites en pulpe et à l'état de fermentation, circonstances dans lesquelles on peut en continuer l'usage fréquemment et sans interruption.

On obtient le gaz hydrogène par la décomposition de divers métaux, tels que le fer, le zinc, etc., au moyen des acides sulfurique ou hydrochlorique, étendus de cinq à six fois leur poids d'eau (**).

Les bains locaux de gaz hydrogène ont été jusqu'ici particulièrement employés contre l'amblyopie et l'amaurose; on les applique deux à quatre fois par jour, et même plus souvent, pendant un quart d'heure, une demi-heure ou une heure chaque fois, selon les circonstances.

(*) Il est préférable d'employer l'acide hydrochlorique, parce que l'hydrochlorate de chaux qui résulte de la décomposition de la craie est très-soluble, et peut être facilement retiré de l'appareil après l'opération. L'acide sulfurique ne présente pas la même commodité, le sulfate de chaux qui reste après la décomposition du carbonate de chaux étant insoluble ou à peu près. (*N. d. Tr.*)

(**) Le zinc est préférable au fer quand on désire obtenir le gaz hydrogène dans un grand état de pureté, parce qu'en employant ce dernier

EXCITANS DE LA PEAU.

On se sert en général des substances qui agissent en irritant la peau, comme contre-stimulans ou dérivatifs, parce qu'on considère l'effet qu'ils produisent comme remplaçant en quelque sorte la maladie qu'on se propose de guérir.

Les principaux irritans de la peau sont : les vésicatoires, les emplâtres et les pommades de tartre stibié, la potasse caustique délayée, les fonticules, les sétons, l'écorce de bois gentil, les moxas, les sinapismes, la râpure de raifort sauvage, etc.

Ces moyens peuvent être employés contre toutes les maladies des yeux dans lesquelles on remarque, indépendamment de l'exaltation de l'activité vasculaire et de l'augmentation des sécrétions dans l'organe affecté et les parties voisines, une diminution de l'énergie vitale, avec une tendance continuelle aux réactions morbides. Ils agissent tous d'une manière dérivative et excitante en même temps sur les systèmes nerveux et vasculaire (sensible et irritable) de l'œil, c'est pourquoi ils nuisent communément quand on les emploie dans le premier stade des ophthalmies, lorsqu'elles ont encore le caractère inflammatoire, ou en général pendant le temps où les affections réclament encore un traitement antiphlogistique proprement dit.

On s'en sert avec le plus d'avantage pour combattre les ophthalmies arthritiques, rhumatiques, scrophuleuses et exanthématiques toujours renaissantes, le pannus, le glaucôme et l'amaurose de nature paralytique et les affections spasmodiques des paupières, le mydriasis, etc., etc.

Vésicatoires. Il y en a, comme on sait, de plusieurs espèces.

métal, il se dégage toujours une certaine proportion d'acide carbonique, qui est due à la présence d'une petite quantité de charbon, qu'on trouve presque constamment unie à ce métal. (*N. d. Tr.*)

On emploie le plus communément contre les affections des yeux l'*emplâtre de cantharides ordinaire et à demeure*, et une modification de celui-ci, l'*emplâtre de cantharides* de Drouet, qu'on laisse également à demeure. Ce dernier agit avec plus de promptitude, car ordinairement il a déjà produit son effet au bout d'une heure ou deux. Il se compose d'un infusum de cantharides et d'écorce de bois gentil dans de l'éther acétique, dont on enduit, à plusieurs reprises, un taffetas tendu. Il est bon que le pharmacien y ajoute une petite proportion de térébenthine de Venise ou de colophane, car sans cette précaution il adhère mal à la peau. Cette préparation forme certainement le vésicatoire dont l'action est la moins irritante; ses effets se rapprochent beaucoup de ceux du raifort sauvage. Il peut, ainsi que l'emplâtre de cantharides perpétuel, officinal, être laissé des journées entières, et son application être répétée plusieurs fois sur le même lieu. On a coutume d'appliquer ces emplâtres sur le bras, à la nuque, derrière les oreilles, aux tempes et au-dessus des sourcils; on leur donne une étendue qui varie, selon la surface sur laquelle on les place depuis un jusqu'à deux et trois pouces de diamètre et même plus. Ces deux espèces de vésicatoires produisent une contre-stimulation légère, et sont très-utiles dans les affections peu intenses, ou quand ils doivent être appliqués tout-à-fait dans le voisinage des yeux, comme, par exemple, au-dessus des sourcils, afin d'exciter le nerf sureilier.

L'emplâtre de cantharides ordinaire produit un effet plus continu et plus violent, mais aussi moins uniforme, lorsqu'après avoir enlevé l'épiderme on panse tous les jours avec une pommade excitante. Il faut que le pansement soit toujours renouvelé le matin pour que la douleur qui en résulte, et qui dure souvent des heures entières, n'interrompe pas le sommeil.

Emplâtre de tartre stibié. Il convient de le faire préparer chaque fois au moment même où l'on en a besoin. Il est bon

de remarquer que le tartre stibié en poudre impalpable doit être broyé de la manière la plus intime avec un peu de térébenthine de Venise, dans un mortier préalablement chauffé, avant d'y ajouter l'emplâtre adhésif qui doit être également mêlé avec le plus grand soin. Le tartre stibié peut être, par rapport à l'emplâtre adhésif, dans les proportions de 1 à 2 ou de 1 à 3, selon qu'on veut obtenir un effet plus ou moins prompt, et selon la susceptibilité du sujet. Les boutons se manifestant dans l'espace de deux à cinq jours, il est bon de laisser l'emplâtre appliqué jusqu'à ce qu'ils soient en pleine suppuration. Lorsque les emplâtres doivent être d'une petite dimension, on peut les appliquer sur du taffetas ou de la toile; mais s'ils doivent avoir une grande étendue, il vaut mieux prendre, à cet effet, une peau fine, dont la surface reste beaucoup plus facilement tendue. Il est nécessaire, avant d'appliquer l'emplâtre, de toujours frotter la peau avec un morceau de flanelle; on ne doit, du reste, jamais le placer tout-à-fait dans le voisinage de l'œil. Les endroits les plus convenables sont les bras, la nuque, la région auriculaire postérieure, dans les points qui sont privés de cheveux.

L'action de cette préparation semble différer de celle de la plupart des autres dérivatifs cutanés; lorsqu'elle est portée à son plus haut degré, elle a un effet révulsif plus énergique que tous les autres moyens de cette espèce, en déterminant à la peau une action morbide innocente, mais extrêmement intense (*).

C'est surtout dans les cas d'ophthalmies invétérées les plus rebelles, de pannus, de glaucôme ou d'amaurose arthritique, lorsque la phlogose est calmée et qu'il n'y a plus de congestion sanguine vers les yeux, etc., que l'emplâtre stibié convenablement appliqué produit les meilleurs effets, surtout si on entretient pendant quelque temps la suppuration au moyen

(*) Il n'est pas rare cependant de voir survenir des gangrènes très-étendues de la peau à la suite de ces applications, aussi doit-on surveiller attentivement leurs effets. (*N. d. Tr.*)

d'une pommade composée de quelques grains de sublimé et de tartre stibié, avec trois gros de pommade de cantharides et autant d'onguent basilicon. Si on veut obtenir l'effet du tartre stibié à son plus haut degré, on doit combattre la constipation aussitôt qu'elle se manifeste, et entretenir constamment la liberté du ventre.

Potasse caustique délayée. Ce moyen a été recommandé par Adam Schmidt comme irritant et contre-stimulant, surtout dans la paralysie et les spasmes toniques des paupières, ainsi qu'on a pu le voir aux chapitres qui traitent de ces affections (p. 126 et 128). Je ferai seulement remarquer ici que j'ai presque toujours vu ce médicament amener la guérison dans les cas où la blépharoplégie était récente et n'était pas causée par des lésions organiques, et quand cette paralysie et le spasme tonique des paupières n'étaient pas sous la dépendance d'affections générales de ce genre beaucoup plus importantes. Je rappellerai en outre que l'escarre formée derrière l'oreille ne tombe pas toujours, à beaucoup près, au bout de huit jours, et qu'il faut alors la détacher avec précaution, en se servant de pinces et de ciseaux.

Fonticules. La méthode employée pour ouvrir et pour entretenir les fonticules est connue; on sait également qu'on les pratique surtout au bras, pour les affections de l'organe de la vue. Mais je crois devoir rappeler que l'introduction d'un seul pois suffit rarement pour produire un effet dérivatif salutaire sur l'affection de l'œil; il faut donc en placer deux ou trois et quelquefois même jusqu'à six dans la même ouverture, sans que pour cela on doive s'attendre à obtenir une prompte modification de la maladie, car ce n'est qu'au bout de deux ou trois mois que le fonticule peut produire une dérivation énergique.

On se sert de ce moyen dans les cas qui ne sont pas très-urgens, dans les ophthalmies catarrhales, arthritiques, rhumatiques, scrophuleuses, etc., qui récidivent ou sont invétérées. On l'emploie aussi comme moyen prophylactique

quand on observe une disposition à ces affections. On ne devrait jamais omettre d'ouvrir un fonticule dans les cas d'arthritis où il n'y a encore qu'un seul œil de perdu ; c'est alors un excellent moyen pour préserver celui qui reste encore intact, de l'affection arthritique qui est toujours à redouter par la suite.

Séton. On sait qu'on donne ce nom à certains ulcères que l'on produit en soulevant la peau dans un point convenable avec le pouce et l'index, de manière à former un pli longitudinal, qui est également soutenu à son autre extrémité par un aide, et qu'on traverse avec une aiguille à séton armée d'un petit ruban de toile qu'on laisse ensuite dans la plaie en retirant l'aiguille. A défaut d'une aiguille à séton on peut aussi percer la peau au moyen d'une très-forte lancette, après quoi on introduit le petit ruban au moyen d'une sonde offrant une ouverture à l'une de ses extrémité ; mais ce procédé est plus douloureux pour le malade et plus compliqué. Après avoir passé le séton, on fixe sa plus courte extrémité sur la peau avec une bandelette agglutinative, tandis que l'extrémité la plus longue est enveloppée dans un morceau de linge ou de papier, et doit être retenue sur le côté et un peu au dessus de la plaie, pour la préserver du contact du pus qui doit s'en écouler par la suite. On laisse ensuite le ruban de linge pendant plusieurs jours sans y toucher, jusqu'à ce qu'il soit détaché par la suppuration ; à compter de cette époque on le fait avancer un peu une ou deux fois par jour, en le tirant par l'extrémité la plus courte, selon que la suppuration est plus ou moins faible. A chaque pansement, la portion du ruban située le plus près de la plaie, et que l'on va y faire entrer, doit être enduite d'onguent digestif, auquel on peut ajouter de la poudre de cantharides, si la suppuration est trop faible; l'autre extrémité, souillée de pus desséché, doit être coupée. Quand il ne reste presque plus rien de la longue extrémité du séton, on y coud avec précaution un autre ruban, opération qu'on répète autant de fois qu'elle devient nécessaire.

Le séton est en général plus douloureux que le fonticule ; on le préfère souvent à ce dernier quand on veut opérer une dérivation plus prompte et plus vigoureuse, et lorsqu'on désire pour cette raison que le moyen de dérivation soit plus rapproché de l'œil; aussi l'applique-t-on habituellement à la nuque.

Écorce de bois gentil. Ce moyen peut être remplacé, sans inconvénient, par des vésicatoires à demeure, des fonticules, etc. D'ailleurs, il n'a aucun avantage sur ceux-ci; il en diffère cependant en ce qu'il détermine en général moins de suppuration, mais des douleurs plus vives.

On s'en sert de la manière suivante dans les ophthalmies rhumatiques, scrophuleuses, etc., chroniques. Après avoir fait ramollir dans un peu d'eau pure ou dans un mélange d'eau et de vinaigre un certain nombre de morceaux de cette écorce longs d'un pouce, on en applique matin et soir sur le bras, jusqu'à ce que la peau devienne rouge ; alors, selon que l'écoulement est plus faible ou plus fort, on ne remplace cette écorce que tous les jours ou tous les deux jours. Il survient quelquefois autour de la partie, surtout chez les personnes dont la peau est délicate, une éruption de boutons qui causent une cuisson extrêmement vive : on les panse alors avec du cérat ou toute autre pommade adoucissante.

Moxas. On ne devrait se servir de ce moyen que chez des sujets peu irritables, non pléthoriques, qui n'offrent aucune disposition aux congestions sanguines, et dans les cas où l'on veut obtenir un effet très-prompt, et occasioner une irritation fort douloureuse.

Quoiqu'on ne fasse pas souvent usage des moxas, ils sont utiles dans différentes espèces d'amaurose, etc. On choisit ordinairement pour les appliquer la région de l'apophyse mastoïde, et rarement celle qui est au-dessus des sourcils.

Les *sinapismes* avec et sans *poivre noir pulvérisé*, la râpure de *raifort sauvage*, etc., sont trop connus pour que je m'y arrête.

FROID.

Le froid, appliqué dans les circonstances convenables, est certainement un des moyens les plus efficaces et les plus salutaires; il est par conséquent nécessaire, avant tout, de déterminer les circonstances dans lesquelles on doit l'employer.

L'application du froid, soit au moyen de compresses trempées dans l'eau froide, ou de petites vessies remplies de glace concassée que l'on pose sur lœil et les parties voisines, est surtout utile dans la première période des ophthalmies dites traumatiques; mais il ne faut pas qu'elles offrent la moindre trace de complication d'une affection générale chronique, comme d'arthritis, de rhumatisme, de syphilis, de scrophules, etc. Le froid est encore utile dans les congestions sanguines simples des yeux, occasionées entre autres causes par des efforts excessifs de la vue, chez des individus parfaitement sains du reste. Il est, au contraire, nuisible si on l'emploie quand la peau est en transpiration, ou si on continue trop long-temps son usage. Il faut donc, aussitôt que les symptômes de l'inflammation et de l'afflux du sang sont considérablement diminués, le supprimer et passer à des moyens plus convenables. Les compresses ne doivent jamais rester appliquées assez long-temps pour s'échauffer; il faut au contraire les renouveler très-souvent, et continuer ainsi pendant une demi-heure au moins. Les malades, pendant ce temps, doivent toujours rester couchés sur le dos, et s'abstenir de pencher la tête.

Le froid est employé le plus souvent pour combattre les ophthalmies qui succèdent aux opérations pratiquées sur les yeux. Mais nous ferons remarquer ici que, dans l'opération de la cataracte par extraction, on ne doit pas s'en servir de prime abord, mais seulement au bout de deux ou

trois jours, lorsque la cicatrisation de la plaie de la cornée a commencé à se faire; car les accidens inflammatoires consécutifs à l'extraction ne survenant le plus souvent que quelques jours après l'opération, c'est-à-dire lorsque la plaie est en grande partie cicatrisée, on ne voit pas à quoi servirait l'application du froid avant cette époque.

SACHETS AROMATIQUES.

L'application des sachets aromatiques est d'un usage fréquent dans le traitement des maladies des yeux; elle a pour but d'environner l'œil d'une atmosphère permanente de chaleur sèche, plus ou moins aromatique.

On se propose par là, de tenir l'organe de la vue et les parties qui l'environnent au milieu d'une atmosphère chaude, et à l'abri des courans d'air, afin d'opérer par ce moyen, et surtout par l'action de l'arôme que dégagent les substances contenues dans le sachet, une légère stimulation à la surface de l'œil, et d'augmenter ainsi l'activité des tissus de cet organe et de la peau environnante.

D'après ces données, il n'est pas difficile de voir dans quels cas les sachets aromatiques peuvent être appliqués avec succès.

Ils sont utiles dans la seconde période des ophthalmies, principalement des ophthalmies spécifiques, et surtout de celles qui succèdent à une suppression de la transpiration, parce qu'ils favorisent et provoquent l'évacuation critique locale; ils excitent les forces absorbantes de l'œil, et, par suite, contribuent pour beaucoup à éloigner les produits de l'inflammation qui ont pu se former.

Ils sont nuisibles s'ils sont trop pesans, ou s'ils exercent une pression trop considérable sur l'œil; on évite cet inconvénient en les fixant au front et en les laissant pendre au-devant de l'organe malade. Ils nuisent encore quand des portions de tiges trop volumineuses et trop dures blessent l'œil

à travers le sachet, ou quand les herbes étant réduites en une poudre trop fine, celle-ci s'échappe à travers la toile qui le forme, s'introduit facilement entre les paupières et peut aggraver la maladie. Ils nuisent enfin si le malade les porte seulement pendant quelques heures, parce qu'alors les variations de la température détruisent en partie l'objet qu'on se propose, ou interrompent l'augmentation d'activité qui peut déjà exister dans les tissus de l'œil et dans la peau environnante.

Mais il faut encore certaines notions particulières pour juger de la convenance de l'application de ce moyen, et du degré nécessaire auquel on doit employer la chaleur sèche aromatique.

Ainsi, elle ne convient presque jamais dans la première période des ophthalmies, et beaucoup plus rarement au commencement du second stade, même des ophthalmies spécifiques; il est très-bien dans ces cas, au contraire, d'essayer d'abord la chaleur sèche, non aromatique, au moyen de compresses pliées en quatre doubles, de passer ensuite aux sachets contenant des substances végétales aromatiques légèrement volatiles, telles que les fleurs de camomille, de sureau, de bouillon blanc, la farine de haricots, etc., et enfin de se servir de mélanges plus odorans, comme les espèces dites aromatiques, les fleurs de lavande, le serpolet, la menthe poivrée, etc., que l'on chauffe sur un poêle parfaitement propre ou sur des bouteilles remplies d'eau chaude.

Le camphre que l'on ajoute souvent à ces herbes n'est pas toujours supporté, ce qu'on reconnaît d'avance si dans l'état de santé la personne actuellement malade a été incommodée par l'odeur du camphre, ou si cette substance lui a occasioné de la céphalalgie. Du reste, c'est principalement sur les sujets sensibles, à cheveux blonds, ayant la peau *vulnérable*, que l'emploi de ce médicament à l'extérieur exerce une action désagréable et fâcheuse.

Lorsque l'œil et les parties voisines sont le siége d'affections rhumatiques invétérées qui se manifestent dans cet organe par des larmes, par une rougeur qui disparaît et revient alternativement, et par des sensations douloureuses passagères, dans les parties voisines de cet organe, par des douleurs rhumatiques, vagues et fugitives, symptômes qui reviennent ou s'aggravent à chaque changement de température ; alors l'usage d'un masque de taffetas ciré est souvent très-convenable et préférable même aux sachets aromatiques, parce qu'il provoque à la surface de l'œil et des parties voisines une transpiration salutaire qu'il faut bien se garder de supprimer par quelque imprudence.

Quant à la préparation des sachets, je ferai remarquer qu'ils doivent être confectionnés avec du linge fin, médiocrement usé ; qu'ils doivent avoir trois pouces ou trois pouces et demi carrés de surface, sur la moitié d'un travers de doigt d'épaisseur, et qu'ils doivent être soigneusement piqués par des lignes diagonales pour empêcher que les herbes ne s'accumulent sur un seul point. Du reste, le pharmacien doit, à chaque renouvellement de ces substances, les tamiser (après les avoir coupées et pesées avec soin) afin d'en séparer la poussière qui pourrait s'échapper du sachet et irriter l'œil.

LUMIÈRE.

Quoique la plupart des maladies des yeux soient entretenues et en partie provoquées par l'action d'agens irritans, il est néanmoins aussi des affections de l'organe de la vue qui non-seulement lui permettent de supporter les stimulations, mais qui ne peuvent être guéries sans elles ; or, l'excitant le plus naturel et le plus convenable de l'œil est la lumière, employée à différens degrés, suivant que l'affection l'exige.

Ainsi, il y a certaines ophthalmies chroniques qui dimi-

nuent sous l'influence d'une lumière modérée. Il a été démontré, par maintes et maintes expériences, que l'emploi de la lumière est très-salutaire dans cette espèce d'amaurose qui est accompagnée d'une véritable faiblesse nerveuse générale, sans le moindre signe de pléthore ni de congestions sanguines. L'impression de la lumière est utile non-seulement dans l'amaurose et l'amblyopie amaurotique, mais encore dans presque toutes les maladies de l'œil où l'emploi de l'électricité est indiqué.

Dans certaines amauroses il est même avantageux de laisser tomber la lumière en contact avec l'œil en la concentrant par des loupes et des lunettes à cataracte, et même de recommander aux malades de regarder directement le soleil.

L'effet de la lumière est nuisible dans les cas où l'œil manifeste naturellement de l'horreur pour cet agent, comme cela a lieu dans cette espèce d'amaurose qui débute non-seulement par la photophobie, mais encore par une forte contraction de la pupille, par la vue de feux, de couleurs variées, d'éclairs, etc.

DIMINUTION DE LA LUMIÈRE.

La diminution de la lumière est un des moyens principaux pour obtenir la guérison d'un grand nombre de maladies des yeux. Cette diminution est nécessaire surtout lorsque l'irritabilité de l'œil est augmentée. Dans tous les cas, excepté immédiatement après les opérations pratiquées sur l'œil où on doit toujours entretenir une absence de lumière assez complète, l'obscurité doit être proportionnée au degré de l'irritabilité, et personne ne peut mieux déterminer celui-ci que le malade lui-même. L'obscurité nécessaire doit toujours être uniforme dans tout l'appartement du malade; il ne doit jamais pénétrer plus de lumière sur un point que

sur un autre; les meubles dont la surface est brillante doivent être voilés, et les pièces attenant à la chambre du malade doivent être tenues dans l'obscurité s'il est obligé d'y aller de temps en temps, ne fût-ce que pour quelques momens; car rien n'est plus nuisible pour les yeux ainsi affectés, que le passage brusque de l'obscurité à une vive lumière.

La meilleure manière de diminuer l'intensité de la lumière, consiste à couvrir exactement les croisées avec des toiles enroulées, de couleur grise ou verte, qui peuvent être doublées selon les circonstances.

L'obscurité exerce naturellement un effet calmant sur les yeux irritables, parce que la lumière est le principal excitant de l'œil; elle seconde par conséquent l'action des autres moyens par lesquels on combat plus directement la maladie.

Après la diminution d'intensité des symptômes, on ne doit jamais passer que graduellement à l'usage complet de la lumière; les sensations du convalescent seront encore ici le meilleur guide. On doit soigneusement éviter qu'il y ait de la poussière ou de la fumée dans la chambre du malade; aussi il faut s'abstenir, dans cette circonstance, de sabler les appartemens, usage qui est très répandu parmi la classe bourgeoise dans les petites villes.

Lorsqu'il s'agit de donner plus de lumière au malade, on ne doit jamais la laisser arriver sur les yeux dans une direction horizontale ou ascendante; il faut au contraire avoir soin qu'elle vienne d'une partie élevée de l'appartement, ce qu'on obtient facilement en supprimant la partie supérieure des toiles qui bouchent les croisées. Dans les établissemens publics, il convient de disposer ces toiles de telle sorte qu'elles s'enroulent de haut en bas, et non de bas en haut, ce qu'on peut facilement obtenir d'un serrurier habile.

AIR.

On connaît l'influence qu'exerce l'air atmosphérique sur l'homme et sur les végétaux; on sait qu'il est indispensable à leur existence et à leur santé.

Si l'œil a surtout besoin d'être en contact avec l'air pour se conserver à l'état de santé, le contact de ce fluide lui est également nécessaire dans beaucoup de maladies; mais nous devons faire quelques remarques à ce sujet.

En général un air pur, sec, d'une température moyenne et sans courans, est le milieu le plus convenable même à l'œil affecté de maladie; mais on doit toujours consulter à cet égard les sensations du malade, et tenir compte de la nature de la maladie elle-même; c'est d'après ces données qu'il faut régler ce qui a rapport à l'air de la chambre du malade.

L'air chargé de fumée exerce toujours une action nuisible sur les yeux; on doit donc éviter que dans la chambre des malades il s'en dégage des poêles, des pastilles allumées, des poudres projetées sur le feu, ou par l'action de fumer du tabac. On n'oubliera pas que le meilleur moyen de corriger ce fluide altéré dans sa composition chimique, consiste à le remplacer par un air frais, et non à le saturer d'odeurs qui flattent les sens et le rendent encore plus malsain. L'atmosphère chargée de poussière n'est pas moins nuisible; et, bien qu'il s'en trouve dans les appartemens les plus propres, il faut bien se garder de l'augmenter encore.

EMPLASTIQUES.

Tous les emplâtres susceptibles d'être appliqués sur l'œil, doivent être mêlés de la manière la plus intime, étendus le

plus également possible, et, en général, être surtout plus fins et plus doux que pour toutes les autres circonstances.

Je ne m'occuperai pas ici des différens emplastiques ; je me bornerai à parler de l'emplâtre dit anglais.

Cet emplâtre, qui mérite à peine d'être mentionné d'une manière spéciale dans les cas ordinaires, est d'un grand secours dans beaucoup d'affections des yeux ; nous devons d'autant mieux nous y arrêter, qu'il est ordinairement mal préparé, qu'on ne peut par conséquent alors en retirer tous les avantages qu'on doit en attendre quand sa préparation est convenable.

On s'en sert pour obtenir la réunion immédiate des petites plaies du voisinage de l'œil, dont la mauvaise cicatrisation pourrait souvent avoir des suites fâcheuses pour l'organe de la vue. Il sert encore à maintenir les paupières exactement fermées, d'une manière douce et commode, dans les cas où cela est nécessaire, soit à la suite d'opérations faites sur les yeux, soit après des lésions accidentelles. Dans l'un et l'autre cas, on ne peut pas faire usage de l'emplâtre agglutinatif étendu sur de la toile ; une bandelette agglutinative ordinaire ne serait pas assez douce, et occasionnerait le développement d'une rougeur érysipélateuse ou d'une suppuration des paupières, ce qui est toujours fort à craindre. Mais le taffetas d'Angleterre du commerce ne peut pas même être employé, parce qu'il contient ordinairement du benjoin, du baume du Pérou, etc., substances qui flattent l'odorat, il est vrai, mais qui peuvent produire, chez les sujets dont l'épiderme est fin et délicat, et surtout chez les femmes, les mêmes accidens que l'on reproche aux bandelettes agglutinatives ordinaires ; en outre, le taffetas gommé du commerce est presque toujours si fin et enduit d'un couche emplastique tellement mince, qu'il n'adhère pas assez fortement, et que lorsqu'on le coupe par bandelettes étroites, il n'a pas assez de consistance pour maintenir les paupières réunies l'une contre l'autre sans se déchirer.

Je conseille donc aux médecins qui s'occupent du traitement des maladies des yeux, de faire faire leur taffetas gommé à part, de recommander aux pharmaciens de prendre, à cet effet, non-seulement du *gros de Naples* de bonne qualité, mais une dissolution de colle de poisson très-pure, sans aucun mélange. Cette substance doit être étendue sur l'étoffe avec le pinceau, un assez grand nombre de fois, pour que le taffetas étant sec présente un aspect luisant et uniforme. On peut être sûr qu'un emplâtre préparé de la sorte peut remplir toutes les conditions désirables.

Il est inutile de dire que quand il doit être appliqué sous forme de bandelettes, il faut toujours le couper dans la direction des principaux fils.

PINCEAUX.

J'ai dit plus haut pourquoi les pinceaux d'amiante ne conviennent pas; ceux de charpie, confectionnés avec grand soin, ne peuvent servir qu'après avoir été plongés à plusieurs reprises dans de l'eau chaude et séchés ensuite; car sans cette précaution ils pourraient laisser dans les yeux de petits filamens à peine visibles, qui irriteraient ces organes.

Les meilleurs pinceaux sont, sans contredit, ceux qui sont faits de poils fins et mous; mais on doit aussi, avant de s'en servir, les laver dans de l'eau chaude; on doit éviter de se servir de ceux en poils de loutre qui leur ressemblent par la forme, mais qui sont beaucoup plus durs, et ne servent que pour la peinture à l'huile.

Chaque fois qu'on s'est servi d'un pinceau il faut le laver dans de l'eau propre, le laisser sécher ensuite, et l'envelopper soigneusement pour le garantir de toute malpropreté.

MOUCHETURES A LA SURFACE DE L'ŒIL.

On pratique principalement les mouchetures dans le *chémosis* et l'*ophthalmoblennorrhée*. Elles ne sont utiles que lorsque l'état inflammatoire général a été préalablement affaibli par d'autres évacuations sanguines convenables, et que la tuméfaction rouge de la conjonctive ne persiste que comme symptôme local de l'inflammation. Lorsque la tumeur n'est pas considérable, les mouchetures ne conviennent pas; lorsqu'au contraire la tumeur de la conjonctive a débordé la cornée, on doit leur préférer l'excision de la partie qui fait saillie sur cette membrane. On doit se comporter de la même manière quand, après la diminution de l'inflammation, la tumeur paraît avoir dégénéré en une exubérance sarcomateuse du tissu de la conjonctive.

Un couteau à cataracte ou une lancette bien affilée sont les meilleurs instrumens pour faire ces mouchetures. Toutes les machines qui agissent en partie comme instrumens déchirans, et en partie comme instrumens contondans, qui ont été inventées et mises en usage jusqu'à ce jour, doivent être rejetées à cause de leur grossièreté.

On doit favoriser l'hémorrhagie résultant des scarifications par des applications d'eau chaude. Dans les cas de *pannus*, on divise quelquefois les vaisseaux en même temps que la conjonctive, au milieu de laquelle ils rampent : cette opération peut aussi être mise à côté des scarifications; mais elle échoue le plus souvent, parce qu'elle n'atteint pas le but qu'on se propose, qui est de faire cesser l'afflux du sang qui entretient le *pannus*. On doit pratiquer alors, comme je l'ai déjà dit, l'excision partielle de la conjonctive qui contient ces vaisseaux, en procédant de la manière suivante : On saisit cette membrane avec une petite pince, on la soulève légè-

rement, et on incise le repli avec de petits ciseaux de Cooper; saisissant alors le lambeau de la conjonctive, on l'excise en même temps que les vaisseaux, dans une étendue plus ou moins considérable, selon que cela est nécessaire, et dans la largeur d'une ligne à une ligne et demie.

NOUVELLE MÉTHODE

POUR PRODUIRE

ARTIFICIELLEMENT L'OPACITÉ DU CRYSTALLIN

SUR LES YEUX DES CADAVRES,

AFIN DE FACILITER L'ÉTUDE DU MANUEL DES OPÉRATIONS DE LA CATARACTE (1)

On a pu voir par la note de la page 344 du premier volume, que plusieurs tentatives ont été faites notamment par Troja, de Naples, pour procurer artificiellement l'opacité du crystallin chez des animaux vivans, ou sur les yeux des cadavres, afin de fournir aux jeunes chirurgiens le moyen de s'exercer au manuel des divers procédés opératoires employés pour remédier à la cataracte. Nous pensons faire une chose utile en joignant à l'ouvrage du docteur Weller la description d'une nouvelle méthode imaginée par le docteur Neuner, de Darmstadt, pour obtenir plus commodément et plus sûrement ce résultat. Nous laisserons parler l'auteur lui-même.

L'analyse chimique nous a appris que le crystallin est formé en grande partie d'albumine ou, comme le disent

(1) *Journal fur Chirurgie Augenheilkunde von* Græfe *und* Walter. 1827, vol. X, cah. 3, p. 480 et suivantes.

quelques chimistes, d'une matière particulière qui se comporte à la manière de l'albumine. D'après cette donnée, je conçus la possibilité de déterminer l'opacité du crystallin, en soumettant ce corps à l'action de réactifs capables de produire la coagulation de l'albumine. Je commençai mes expériences sur des crystallins extraits des yeux de divers animaux. Je trouvai que l'eau bouillante, l'alcool, les teintures alcooliques, les dissolutions de perchlorure de mercure, de sulfate de fer, de sulfate de cuivre, et de sulfate de zinc, d'acétate de plomb et de substances contenant du tannin, communiquaient plus ou moins promptement à ces corps une consistance plus considérable, une opacité complète ou partielle, plus ou moins prononcée, de couleur blanche, jaunâtre, bleu de lait, etc. La dissolution alcoolique du sublimé corrosif me parut surtout fort active; le crystallin y prenait aussitôt après son immersion une couleur crétacée, et devenait consistant et dur. Après cette substance, se distinguaient, sous le rapport de l'intensité et de la promptitude des effets que je voulais produire, les acides sulfurique, nitrique et hydrochlorique peu étendus, et le mélange du premier avec l'alcool, dans les proportions de la préparation *mixtura sulphurico-acida* de la pharmacopée de Prusse. Ces réactifs rendaient promptement le crystallin blanc, opaque et consistant. Tous les autres acides plus faibles avaient une action plus lente, et lui donnaient insensiblement une couleur bleu-de-lait ou plus ou moins blanche, etc. L'acétate de plomb produisait le même effet; le nitrate d'argent lui communiquait une couleur noire brunâtre; le sulfate de fer lui faisait prendre une teinte jaunâtre; le sulfate de cuivre le rendait verdâtre et tout-à-fait opaque. L'alcool agissait faiblement et d'une manière très-lente; il en était de même pour l'eau au dessus de soixante-quinze degrés Réaumur (93°, 75 centigrades), surtout lorsqu'elle était versée rapidement sur le crystallin et qu'on ne la maintenait pas à cette température en la plaçant au dessus de la flamme d'une lampe. Les crystallins, après

avoir subi l'action de l'alcool, avaient aussi un peu diminué de volume à cause de la solubilité de quelques-uns de leurs principes constituans dans ce liquide.

Il fallait beaucoup de tems pour que la transparence du crystallin fût troublée par la décoction de noix de galles, qui transformait ce corps en une masse pultacée sale. La teinture de noix de galles lui communiquait un aspect jaune d'ambre, le rendait plus dur et diminuait son volume (1).

De ces expériences faites sur le crystallin extrait de l'œil, je conclus que *le même résultat, c'est-à-dire la condensation et l'opacité du crystallin par la coagulation de son albumine, ou une cataracte artificielle, pourrait également être obtenue sur le crystallin encore contenu dans l'œil, si l'on pouvait, au moyen d'un instrument convenable, introduire avec dextérité ces réactifs uniquement dans la substance molle de ce corps, de manière à ce qu'elle en fût uniformément pénétrée.*

C'est de cet instrument que me semblait naturellement dépendre presque tout le succès de l'entreprise. Il devait avoir la forme d'une seringue; mais une seringue ordinaire, quelque peu volumineuse qu'elle fût, me semblait peu convenable, parce que sa pointe mousse ne pourrait percer la capsule crystalline, et que si on voulait néanmoins agir de force, on risquerait de déplacer le crystallin ou d'occasioner une lésion trop considérable.

En conséquence, je traversai l'axe longitudinal d'une petite seringue avec un stylet fin, arrondi, en forme d'aiguille, destiné à frayer le chemin à la canule de la seringue dans le crystallin et à être ensuite retiré; le canal dans lequel ce stylet se trouve logé peut être fermé par une disposition particulière.

La figure I de la *pl.* VI représente la forme et la disposition

(1) Les alcalis décomposaient presque entièrement le crystallin; une dissolution de potasse pure le transformait bientôt en une masse gélatineuse; l'ammoniaque liquide le dissolvait sans lui rien faire perdre de sa transparence.

de cette *seringue à stylet*. Le piston est entièrement retiré pour faire voir la longueur nécessaire du stylet.

a b c d, est le corps de pompe de la seringue; *e f g*, la canule ronde et conique extrêmement fine qui se visse en *ef*.

h i k l, le piston entièrement retiré, comme si la seringue était pleine de liquide, on voit figuré dans son axe longitudinal un canal cylindrique assez grand pour admettre commodément le stylet mobile, qui y est assez exactement ajusté pour ne pouvoir exécuter aucun mouvement latéral.

m, robinet vissé à la partie postérieure du piston, servant à fermer hermétiquement son canal, lorsque le stylet en a été retiré. Afin de pouvoir s'assurer de l'état du canal après qu'on en a retiré le stylet, le robinet est percé dans une direction telle que si sa clef *m n* est parallèle à l'axe longitudinal de l'instrument, le canal du piston est ouvert; il est fermé, au contraire, quand le manche de la clef est dans une direction transversale par rapport à cet axe.

o, petite vis d'arrêt située derrière le robinet, pour fixer le stylet dans la position qui lui a été donnée. Cette vis, pour rendre la manœuvre de l'instrument plus commode, peut être adaptée du côté du robinet, ou, mieux encore, à angle droit avec le piston, afin que celui-ci ne soit pas trop long, en sorte que si le robinet regarde à droite, la vis d'arrêt est tournée en haut.

p q r, stylet mobile qui traverse dans toute sa longueur l'axe longitudinal de l'instrument; on n'en voit au dehors que la pointe *p* et le disque *r*. Le reste du stylet caché dans la seringue est indiqué par une ligne ponctuée; on le voit à travers le corps de pompe de verre, en *q*.

A, représente le stylet hors de la seringue. Il est arrondi en forme d'aiguille, et se termine en avant par une pointe conique. Il doit être assez long pour que, le piston étant entièrement retiré, sa pointe dépasse d'une ligne l'extrémité antérieure de la canule, son disque étant appliqué contre l'extrémité postérieure du piston.

Le corps de pompe doit être en verre, soit parce que cette matière n'est pas attaquée par les réactifs dont on se sert, soit pour qu'on puisse s'assurer de la quantité du liquide injectée, et de la direction convenable du stylet quand on l'introduit, parce qu'elle pourrait être vicieuse lorsque le piston est légèrement dévié de l'axe longitudinal de l'instrument. Les autres parties de la seringue doivent être formées d'un métal peu susceptible d'être attaqué par les liquides qu'on y introduit, comme, par exemple, l'argent ou le platine (la canule du moins pourrait être de ce métal), et la face interne de ses parois antérieure et postérieure doit être recouverte d'une couche de résine laque. Les seringues de corne, d'os, d'ivoire, perdent facilement leur forme cylindrique, alors le piston marche difficilement, et le liquide est refoulé derrière lui.

Pour se servir de cet instrument, on le remplit après en avoir retiré le stylet, et avoir fermé le canal du piston au moyen du robinet, pour que, la canule étant plongée dans le liquide, le vide puisse se former devant le piston à mesure qu'on le retire ; car sans cette précaution la pression de l'air extérieur ne forcerait pas le liquide à remonter par la canule dans le corps de pompe, qu'on remplit comme celui d'une seringue ordinaire. L'instrument étant plein on tient sa canule élevée, et on pousse le piston assez loin pour faire sortir par l'orifice l'air qui pourrait se trouver encore dans le corps de pompe. Si on ne prend pas cette précaution, il arrive qu'on injecte des bulles d'air dans l'œil, que le crystallin se dilate en forme de vésicule, et que sa capsule se rompt. On procède ensuite à l'introduction du stylet; à cet effet on ouvre le canal du piston, en tournant le robinet, et en plaçant un doigt sur l'orifice de la canule, pour qu'il ne s'en échappe pas de liquide. Après avoir pris cette précaution, on introduit le stylet dans le canal du piston, on lui fait traverser le liquide et la canule, jusqu'à ce que sa pointe dépasse d'une ligne l'orifice de cette dernière; et on le fixe

dans cette position à l'aide de la vis d'arrêt pour l'empêcher d'avancer ou de reculer.

La seringue étant ainsi remplie et armée, on procède à l'injection du crystallin. Si on est obligé de prendre, à cet effet, des yeux d'animaux extraits de l'orbite, il faut les placer dans un ophthalmophantôme (1), ou les faire tenir par un aide de manière à ce qu'on puisse suivre, à travers la cornée, l'extrémité de la seringue, et observer le résultat de l'injection dans le crystallin. Si on opère sur des yeux de cadavres humains encore dans l'orbite, un aide doit fixer le bulbe oculaire avec ses doigts, et relever en même temps la paupière supérieure pendant qu'il abaisse l'inférieure. Ordinairement une injection faite d'un côté du crystallin ne suffit pas pour rendre ce corps opaque dans sa totalité, et on est obligé d'en faire une seconde du côté opposé.

Pour que ces injections pénètrent bien le crystallin dans son axe longitudinal, on les fait, l'une vers l'angle externe, l'autre vers l'angle interne de l'œil : dans ce but on traverse la sclérotique, parce qu'elle présente le plus court chemin pour arriver au bord externe et au bord interne de ce corps, et que le corps vitré, étant plus dense que l'humeur aqueuse, il est moins sujet à s'écouler à la suite de cette ponction, pendant les différentes manœuvres qu'on est obligé de faire, et durant lesquelles l'œil éprouve une légère pression. Si on pénétrait au contraire par la cornée, l'humeur aqueuse beaucoup plus ténue s'écoulerait infailliblement par l'ouverture faite à cette membrane. Enfin, en introduisant l'instrument dans l'œil à travers la sclérotique, on risque moins d'intéresser l'iris. Mais en injectant par l'angle externe on doit avoir soin d'enfoncer l'instrument, de manière à laisser intact le point d'élection recommandé pour les opérations qui peuvent être pratiquées sur les yeux; on pénètre donc un peu plus en arrière et en haut qu'on ne le fait dans

(1) Voyez plus loin la description de cet appareil.

ces opérations, de manière à arriver sur le crystallin de dehors en dedans, un peu de haut en bas, et d'arrière en avant. Quant à l'introduction par l'angle interne, on n'a rien à ménager, on peut enfoncer l'instrument de manière à faire arriver la seringue vers le bord interne du crystallin, soit horizontalement, soit un peu de haut en bas.

On doit faire préalablement une ponction à travers l'enveloppe fibreuse de l'œil, avant d'enfoncer le stylet, au moyen d'une aiguille ronde particulière, plus forte que lui et du diamètre de l'extrémité de la canule. En effet la pointe du stylet étant trop fine pour pouvoir percer la sclérotique sans se ployer ou dévier, est seulement destinée à ouvrir la capsule crystalline, et sans lui faire éprouver ni tiraillement ni déplacement. Cette première ponction étant faite sur un des points indiqués, on introduit la seringue à travers le corps vitré jusque sur le crystallin, on perce sa capsule, et on fait pénétrer la canule à la profondeur d'une ligne environ dans la substance même de ce corps. On maintient d'une main la seringue dans cette position, de l'autre on ouvre la vis d'arrêt pour retirer le stylet, et on ferme ensuite le canal du piston au moyen du robinet.

On pousse doucement, comme avec une seringue ordinaire, quelques gouttes de liquide dans le crystallin, jusqu'à ce qu'on s'aperçoive qu'il commence à se troubler. Le degré de pression qu'il faut exercer ne peut être appris que par l'expérience. Si l'on pousse trop fort on écarte les unes des autres les couches du crystallin, la capsule se rompt, et le liquide s'épanche brusquement et en trop grande abondance dans l'intérieur de l'œil. Cet inconvénient est d'autant plus à craindre, que même dans les injections qui réussissent le mieux, on ne peut pas éviter que quelques gouttelettes du liquide ne glissent le long du crystallin, et ne se mêlent à l'humeur aqueuse. Si, au contraire, on ne presse pas assez fortement sur le piston, le liquide ne pénètre pas suffisamment dans le crystallin, et on n'obtient qu'une opacité par-

tielle de ce corps. Il arrive quelquefois que la seringue étant enfoncée dans le crystallin, une petite parcelle pénètre dans la canule et l'obstrue, ce dont on s'aperçoit lorsqu'il ne sort point de liquide, et qu'il s'accumule derrière le piston pendant qu'on le pousse. Dans ce cas, il faut maintenir la seringue en position avec la main gauche, ouvrir le canal du piston de la main droite en tournant le robinet, et introduire le stylet de manière à ce que sa pointe dépasse la canule; après quoi on le retire et on ferme le canal. La cavité de la canule étant ainsi débarrassée, on continue l'injection.

Lorsque le crystallin est injecté d'un côté, on fait la même opération pour le côté opposé.

Pour obtenir du succès en pratiquant ces injections, il faut que la seringue ait été confectionnée avec beaucoup de soin et qu'elle soit tenue en bon état; enfin, il convient d'enduire le bouchon du piston avec de l'huile chaque fois qu'on veut s'en servir.

D'après toutes les expériences que j'ai faites, le *sublimé corrosif dissous dans de l'alcool rectifié* est le meilleur moyen pour produire des cataractes artificielles. Le perchlorure de mercure est, comme on sait, le réactif le plus sensible pour l'albumine. Déjà en le mettant en contact avec des crystallins isolés, j'avais trouvé qu'il se combinait avec leur albumine de la manière la plus intime, et qu'il transformait ces corps en une masse blanche, solide et dure. Il me donna également les résultats les plus satisfaisans quand je m'en servis pour mes injections; car au moment même où il était mis en contact avec le centre du crystallin, il le convertissait rapidement en une masse blanche et dure. La dissolution alcoolique de sublimé corrosif est de beaucoup préférable à sa dissolution aqueuse, parce que l'alcool seul favorise déjà la coagulation du crystallin, et qu'étant moins dense que l'eau, il pénètre plus facilement la substance de ce corps (*). Je me

(*) La véritable cause des avantages qu'offre la dissolution alcoolique

servais, dans mes expériences, de la dissolution suivante :

℞. Perchlorure de mercure. . . . . gr. vj.
Faites dissoudre dans alcool absolu. ℥ j.

Pendant le séjour que je fis l'hiver dernier à Berlin, je soumis à mon honorable maître, M. le professeur Græfe, et à son frère M. le docteur E. Græfe, plusieurs yeux préparés suivant mon procédé, et dans lesquels j'avais parfaitement réussi à produire une cataracte artificielle, sans la moindre altération des autres parties et des humeurs de l'œil. On voyait à travers la cornée parfaitement transparente et à travers l'humeur aqueuse, le crystallin opaque et blanc, situé derrière l'iris. En incisant ces yeux, on trouva le corps vitré également clair et transparent; le crystallin, blanc et dur, avait conservé sa forme naturelle, et présentait ses rapports ordinaires avec la cavité concave creusée dans le corps vitré.

Je crois donc avoir donné la solution du problème que je m'étais proposé, en prouvant qu'il est possible de produire sur les yeux morts des cataractes artificielles, sans changer les rapports naturels du crystallin, sans troubler la transparence des autres milieux de l'œil, et sans faire à cet organe des lésions qui le rendent impropre à servir pour la répétition des différentes opérations de la cataracte.

Au reste je fais des vœux pour que d'autres, en méditant sur l'objet que je viens de signaler, obtiennent des résultats encore plus satisfaisans que les miens; je me croirai amplement récompensé de mes efforts, en songeant que j'ai le premier entrepris des expériences qui ne peuvent que tourner au profit de l'art en répandant le goût pour les opérations, et en facilitant les moyens d'y acquérir de l'expérience.

de perchlorure de mercure, dépend de ce que ce liquide étant son meilleur dissolvant, il se charge d'une proportion plus considérable de ce sel

(N. d. Tr.)

NOUVEL

OPHTHALMOPHANTOME.

On a depuis long-temps aperçu combien il est important que les chirurgiens soient suffisamment exercés à la pratique du manuel des opérations. L'œil est sans contredit celui de tous les organes qui, à cause de sa délicatesse et de l'extrême ténuité de ses parties, fait le plus vivement sentir cette nécessité. Différens moyens ont été employés pour parvenir à ce but : aussi on s'est tour à tour exercé sur les yeux des cadavres humains, sur ceux de divers animaux, on est allé enfin jusqu'à fabriquer certains mannequins qu'on a désignés sous le nom d'*ophthalmophantômes*. Ces derniers avaient pour objet principal de représenter les difficultés qu'on rencontre en opérant sur le vivant, et surtout la mobilité de l'œil. Mais la plupart des machines de cette espèce, imaginées jusqu'à présent étaient d'un prix trop élevé, et par conséquent inaccessibles à la plupart des jeunes chirurgiens. C'est pour obvier à cet inconvénient que M. le docteur Alb. Sachs vient d'imaginer le nouvel ophthalmophantôme dont nous empruntons la description au journal de médecine pratique, de Hufeland.

Cet appareil se compose de trois pièces principales :
1° Le *socle* ou *piédestal* ; 2° le *masque* ; 3° le *porte-œil*.

1° Le socle (*pl.* VI, *fig.* 2 A) est en bois d'alisier, tourné et teint en brun ou en noir. Il se compose de deux parties : la table (*fig.* 2 *l*), et le pied (*fig.* 2 *m*), dont les lettres *o p* marquent le point de réunion. La surface supérieure de la table se trouve limitée par un rebord peu saillant, et sur elle se trouvent fixés deux supports *ff* qui reçoivent chacun un bâton D ayant cinq huitièmes de pouce de diamètre, destiné à soutenir le porte-œil. Ces bâtons peuvent être maintenus à une élévation plus ou moins considérable, au moyen des vis en bois *g g*.

Au centre de la face inférieure de la table se trouve collé un disque ayant quatre pouces de diamètre sur trois quarts de pouce d'épaisseur, et se terminant inférieurement en un bâton cylindrique d'un pouce et demi de diamètre (*fig.* 2 *z*), tourné sur le même morceau de bois. La longueur de ce bâton est égale à toute la hauteur du pied; celui-ci est creusé à l'intérieur d'un canal et d'une cavité propre à recevoir le bâton et le disque, comme on le voit indiqué (*fig.* 2) par des lignes ponctuées. Une forte vis en bois, *n*, est placée aussi haut que possible, et sert à fixer à différentes hauteurs le bâton *z* et par conséquent toute la table qu'il supporte. Les dimensions de celle-ci sont d'un pouce d'épaisseur, sur une largeur de neuf pouces. La hauteur totale du pied est de sept pouces trois quarts; son plus petit diamètre *q r* de trois pouces un quart; le diamètre de la base est de huit pouces et demi; la longueur de la vis *n* est d'un pouce cinq huitièmes; son diamètre est de cinq huitièmes de pouce.

La hauteur des supports *f f* (*fig.* 2), est de deux pouces un quart; le diamètre de leur face supérieure, d'un pouce cinq seizièmes; celui de la face inférieure, un pouce et demi; les vis *g g* doivent être fortes proportionnellement, et toute la surface du bâton dont elles servent à fixer l'élévation doit être polie.

2° Le *masque* (*fig.* 2 B.) est en fer fondu, coloré en brun et recouvert d'un vernis préparé avec l'ambre jaune; il repré-

sente la partie antérieure de la tête et du cou d'un jeune homme, la place des yeux restant vide. Le segment longitudinal *a a a* (*fig.* 2) passe par l'extrémité postérieure du tiers moyen de l'arcade zygomatique, tandis que le segment horizontal *b b b* divise le point correspondant à l'extrémité supérieure du sternum; sa direction, par rapport à l'axe vertical du masque, est telle, que quand on le fait reposer sur un plan horizontal, le segment *a a a* forme, avec celui-ci, un angle aigu de 73°. La ligne *b b b* offre une plaque percée de deux trous destinés à recevoir chacun une forte vis de fer, servant à fixer le masque sur la table L'épaisseur de celui-ci est de trois lignes dans toute son étendue, excepté autour des deux ouvertures palpébrales. L'angle formé par la face antérieure de la paupière *b b b b* (*fig.* 3) et la face postérieure *a a a a* (*fig.* 4), doit être aussi aigu que possible, et le bord de l'ouverture palpébrale très-mince, pour que l'œil puisse très-librement exercer les mouvemens qu'on se propose de lui faire exécuter. La figure 3 offre, en grandeur naturelle, les dimensions de ces ouvertures dont les contours doivent exactement imiter, à la face antérieure, ceux qu'on remarque sur une figure humaine.

La fente palpébrale est représentée dans cette figure telle qu'elle se montre quand on écarte les paupières l'une de l'autre. La figure 5 représente deux bandelettes de laiton de grandeur naturelle, vues par leur face antérieure, qui servent à diminuer l'étendue de la fente palpébrale. Leur épaisseur est indiquée par les deux lignes *a* et *b* (*fig.* 5), leur largeur et leur longueur, ainsi que la courbure de leur face externe, doivent correspondre aux dimensions de la face interne de la paupière *a a a a* (*fig.* 4). Ces bandelettes ne restant solidement fixées dans les ouvertures palpébrales que par l'effet de la pression qu'elles exercent contre la face interne des paupières supérieure et inférieure, elles doivent être ajustées de manière à entrer difficilement, et à s'appliquer ensuite exactement contre tous les points de ces ouvertures. La meil-

leure manière de les fabriquer consiste à prendre deux petites bandes minces de laiton auxquelles on donne une longueur, une largeur et une courbure correspondantes à celles de la face interne des paupières supérieures et inférieure; on les soude l'une à l'autre par leurs extrémités, et on les termine ensuite avec la lime. On unit au masque cette espèce de châssis au moyen d'un fil de soie rouge, long de plusieurs pouces, dont une extrémité est nouée à l'angle externe de la bandelette (*c fig.* 5) qui est, à cet effet, percée d'un petit trou par lequel on passe le fil, l'autre extrémité est attachée à un petit anneau en fil de laiton, soudé à la face postérieure du masque à environ un pouce de distance de l'angle externe de l'œil. On voit en *c* et *d* (*fig.* 2) ce mode d'union, pour l'œil droit, du châssis avec le masque; il est inutile de dire qu'il est le même des deux côtés.

3° Le *porte-œil e.* D (*fig.* 2) consiste en deux parties principales *e* et D. Celle désignée par D est un cylindre de bois, ayant cinq huitièmes de pouce de diamètre, sur six pouces un quart de longueur, et s'adaptant très-exactement dans la cavité des deux supports *f f*, où il peut être fixé à l'aide des vis *g g*. Il offre en *hh* une mortaise oblique, dont la direction est telle, qu'une ligne partant du centre de l'ouverture palpébrale, et traversant celui de la mortaise *hh*, tomberait perpendiculairement sur le plan *a a a*. L'extrémité postérieure et carrée de la partie *e* (*fig.* 2), qui se trouve représentée de grandeur naturelle en A (*fig.* 6), peut être avancée ou reculée dans la mortaise *hh* (*fig.* 2), et être fixée à volonté au moyen de la vis de laiton *i*. L'écrou dans lequel se meut cette dernière, s'il était adapté à l'extrémité supérieure du bâton D, serait bientôt usé; aussi se trouve-t-il percé dans une lame de laiton *k*, ayant environ trois quarts de ligne d'épaisseur, adaptée dans le bois, parallèlement à la direction de la mortaise *hh*, à environ trois huitièmes de pouce au dessus de celle-ci; mais dans le reste de l'étendue de cette extrémité, la vis traverse un canal cylindrique, et

tombe, à angle droit, sur l'extrémité postérieure de la partie *e* (*fig.* 2). L'extrémité supérieure du bâton D est coupée en biseau et aussi parallèlement à la direction de la mortaise *hh*. La disposition de la partie *e* se trouve représentée de grandeur naturelle (*fig.* 6). Son extrémité postérieure A passe dans le cylindre B, à l'extrémité antérieure *b* duquel il y a deux tours et demi de vis. Dans ceux-ci s'applique exactement l'extrémité postérieure d'un ressort à boudin, en fil de laiton C, dont la largeur et la force doivent être exactement les mêmes que celles indiquées dans la planche. Ce ressort s'étend contourné autour de *b*, se continue, forme encore trois circonvolutions libres *ccc*, et embrasse alors de nouveau quelques tours de spirale qui se trouvent à l'extrémité postérieure du petit cylindre D, dont le calibre est absolument le même que celui du cylindre B. Ces tours de spirale doivent être assez profonds pour loger le ressort dans toute son épaisseur. En disposant la machine, on visse le ressort à boudin C sur *b* et sur D. De l'extrémité antérieure du cylindre D partent quatre bandelettes de laiton minces EEEE, qui s'entrecroisent et doivent avoir la forme et les dimensions représentées dans la *fig.* 6. Le meilleur moyen d'obtenir exactement la courbure qu'elles doivent avoir, consiste à imiter, sur l'extrémité d'un morceau de bois cylindrique, la forme et le volume de la moitié postérieure d'un petit œil de cochon soigneusement préparé, et pris sur un sujet adulte. C'est sur l'extrémité de ce morceau de bois ainsi disposé, et servant en quelque sorte de moule, qu'on recourbe les bandelettes de laiton. A la bandelette supérieure E se trouve soudée une petite pièce en laiton *e*, offrant une ouverture légèrement oblique de haut en bas et d'avant en arrière. Elle est destinée à recevoir très-exactement (et de manière à ne permettre aucune vacillation) une petite lame d'acier F, biconvexe, à deux tranchans et pointue, ayant dans son milieu à-peu-près l'épaisseur d'une épingle, et augmentant de bas en haut en largeur et en épaisseur, de

manière à ce qu'elle ne puisse descendre à travers l'ouverture mentionnée que jusqu'au point indiqué dans la *fig.* 6, c'est-à-dire jusqu'à ce que son extrémité inférieure soit près de toucher la bandelette inférieure E. L'extrémité supérieure de la lame présente un bouton perforé pour recevoir un fil de soie, long de deux pouces, qui est fixé par son autre bout à la bandelette supérieure. (Voy. *fig.* 6.) Dans la portion où cette bandelette E se réunit aux autres, se trouve soudé un morceau de laiton G qui doit avoir l'épaisseur, la longueur et la courbure indiquées *fig.* 6; enfin, un cylindre creux de laiton HH, dont on suppose la moitié gauche enlevée dans la *fig.* 6. On voit en HH l'épaisseur du métal qui le forme et sa longueur; son diamètre intérieur doit être assez large pour qu'il puisse être avancé ou reculé sur B et D; mais la partie D ne doit pas être mobile (comme cela serait possible à cause des circonvolutions libres du ressort), lorsque le cylindre creux est avancé jusqu'à l'extrémité antérieure D. Il est bon par conséquent de faire le cylindre d'abord un peu trop étroit et de le fendre dans toute sa longueur. —Toute la partie *e* du porte-œil (*fig.* 2) est en laiton, à l'exception de la lame d'acier.

Le mécanicien doit observer, en réunissant les parties principales de l'ophthalmophantôme, qu'il faut que le masque soit placé sur la table, de manière à ce que le bord antérieur de sa base se trouve éloigné d'un bon pouce du rebord de la table, pour qu'il n'y ait pas un excès de poids en avant. Les vis destinées à fixer le masque sur la table doivent être introduites par la face inférieure de celle-ci, en traverser toute l'épaisseur, et arriver jusque dans la base du masque. Les supports (*f f*, *fig.* 2) doivent être fixés derrière les ouvertures palpébrales du masque, de telle sorte que, le porte-œil étant muni d'un œil, et mis dans son support, l'opérateur placé vis-à-vis le masque puisse voir directement au fond de cet organe. On doit éviter de fixer les supports trop en dehors ou trop en dedans, pour ne pas donner à l'œil une mauvaise

direction. Il faut en même temps qu'ils ne soient éloignés du masque qu'à une distance convenable, afin que si on veut représenter un œil saillant, comme nous l'indiquerons plus loin, l'extrémité postérieure de la partie *e* sortant de la mortaise *h h* (*fig.* 2) n'ait plus que quelques lignes de longueur.

Quand on veut s'exercer sur l'ophthalmophantôme, on met une table solide auprès d'une croisée, et c'est sur elle qu'on place l'appareil de manière à ce que la lumière tombe obliquement en passant sur le nez, jusque dans l'œil sur lequel on veut opérer. On prépare ainsi les yeux (on les prend sur des cochons qui ont été tués dans la journée ou tout au plus la veille, mais qui n'ont pas encore été échaudés); à cet effet, on enlève avec des ciseaux toute la graisse qui les entoure, on coupe le nerf optique au niveau de la sclérotique, et on racle la conjonctive qui recouvre la cornée, avec une cuiller de Daviel, après quoi on rend à cette dernière membrane son poli, en passant dessus le bout du doigt mouillé. Pour fixer l'œil dans le masque, on se place derrière l'appareil, on introduit le bâton D (*fig.* 2) dans le support qui est du côté de l'œil sur lequel on veut opérer, et on le tourne en dedans jusqu'à ce qu'on le voie directement dans le cercle formé par les bandelettes E E E E (*fig.* 6). On le fixe dans cette position en tournant la vis *g;* on fixe de même la partie un peu reculée *e* dans la mortaise *h h* au moyen de la vis *i*. La lame F (*fig.* 6) est retirée de sa gaîne *e*, et pend librement à son fil. Le cylindre creux H H est tout-à-fait poussé en avant, de manière à ce que le ressort C soit immobile. Tout étant ainsi disposé, on prend l'œil avec le pouce et l'index de la main gauche, on l'enfonce dans la couronne E E E E, de manière à ce que la cornée soit directement en avant, c'est-à-dire que l'axe longitudinal du cylindre B ou D se trouve dans une ligne droite; saisissant alors de l'autre main le bouton de la lame F, on enfonce celle-ci à travers sa gaîne *s* dans l'œil, aussi profondément que le permettent la largeur et l'épaisseur de cette

espèce de stylet. L'organe étant ainsi fixé dans le porte-œil, on se conduit suivant qu'on veut représenter l'un ou l'autre des sept états divers de l'œil qui peuvent être simulés par cet appareil.

On peut imiter, en effet, par son moyen :

A, l'état dans lequel un œil est immobile,

B, celui dans lequel il est mobile ou très-sensible,

C, le roulement de cet organe dans l'orbite,

D, le mouvement par lequel il fuit en dedans,

E, Un œil saillant,

F, un œil situé profondément, et

G, un œil dont la fente palpébrale est étroite.

Ces différens états peuvent être combinés directement entre eux à volonté; on peut ainsi représenter un œil enfoncé, à fente palpébrale étroite, un œil mobile et roulant, ou fuyant en dedans, etc., etc.

A. Pour opérer, l'œil étant dans sa position normale, on ouvre la vis *g* (*fig.* 2), on tourne le bâton D en dedans, pour que l'œil se trouve placé derrière l'ouverture oculaire, sans qu'il heurte cependant contre les saillies de la face interne du masque; on ouvre aussi la vis *i* (ce qui devient nécessaire plus tard, pour donner la direction à l'œil), et on retire en arrière la partie *e*. Se plaçant ensuite devant le masque, on le rehausse de manière à ce qu'après s'être mis dans la position convenable pour opérer sur les yeux (les jambes un peu écartées et le haut du corps un peu penché en avant), on puisse voir dans l'œil de haut en bas et d'avant en arrière. Ce qu'on obtient en ouvrant la vis *n* (*fig.* 2), en fixant le pied *m* avec la main droite, en se servant de la gauche pour élever la table *l*, et en fermant ensuite la vis *n* avec la main droite. On avance alors l'extrémité postérieure de la partie *e* (avec la main gauche) jusqu'à ce que l'œil soit dans sa position normale, dans laquelle on le fixe alors au moyen de la vis *i*. Comme l'œil s'élève dans cette manœuvre, à cause de la direction oblique de la mortaise *hh*,

il est bon, quand on commence à introduire le bâton, de placer l'œil un peu plus bas que l'ouverture oculaire; celui-ci étant ainsi fixé, on procède à l'opération. Pour l'enlever ensuite lorsqu'il ne peut plus servir, on ouvre les vis *i* et *g*, on retire *e*, on tourne D en dedans en le faisant mouvoir sur son axe, et en ôtant la lame de sa gaîne, l'œil tombe de lui-même.

B. Pour représenter un œil très-sensible et mobile au moindre contact, on le place dans la direction A que nous venons d'indiquer, mais on retire ensuite le cylindre creux H H (*fig.* 6), en se servant pour cela de deux doigts de la main droite, pour donner de la mobilité aux trois circonvolutions libres du ressort, ou bien on ne dégage que la première ou les deux premières de ces circonvolutions, selon qu'on veut simuler un œil plus ou moins mobile. Lorsque toutes les trois circonvolutions sont libres, il faut un instrument bien affilé et une main sûre et légère pour venir à bout de l'opération; car si le couteau ou l'aiguille sont émoussés, ou qu'ils ne soient pas enfoncés promptement et avec résolution, on pousse l'œil çà et là devant soi, sans pouvoir y pratiquer aucune incision convenable et régulière, surtout quand on veut pratiquer les opérations de la cataracte.

On acquiert surtout par cet exercice la faculté de bien inciser et d'opérer avec légèreté, parce que tout mouvement violent de l'instrument exécuté par une main trop roide, et qui le tient avec trop de force, se reconnaît à un mouvement correspondant de l'œil. Quand on enlève ensuite les débris de l'œil qui a servi à cet exercice, il ne faut pas oublier, en retirant la lame qui est quelquefois un peu solidement engagée, de tenir d'une main les deux bandelettes moyennes E E (*fig.* 6) pour éviter de forcer le ressort. Il faut aussi pour le même motif rendre celui-ci immobile avant l'introduction d'un autre œil, et ne pas négliger de le comprimer un peu d'avant en arrière, en plaçant l'index de la main gauche sur le point de réunion des bandelettes E E E E, tan-

dis que de la main droite on glisse le cylindre creux en avant.

C. On a besoin d'un aide quand on veut imiter les mouvemens d'un œil roulant. La liberté ayant été donnée au ressort, l'aide placé derrière ou à côté du masque appuie légèrement le doigt indicateur sur l'extrémité du petit levier G, sans cependant exercer une trop forte pression, pour éviter de distendre le ressort en bas ou en avant; il décrit alors avec le bout du doigt des mouvemens circulaires partiels ou complets, qui sont suivis par le globe de l'œil et qui ressemblent beaucoup aux mouvemens de rotation d'un œil naturel.

D. Pour représenter le mouvement par lequel un œil fuit en dedans, l'aide doit poser l'extrémité du doigt sur le côté externe du levier G, et en pressant dans cette direction, il fait fuir l'œil en dedans.

E et F. Quant à la manière de représenter un œil saillant ou un œil enfoncé, elle consiste à avancer la partie *e* (*fig.* 2) dans la mortaise *h h* plus ou moins qu'on ne le ferait pour la position normale de l'œil. Il faut seulement faire attention que si l'œil saillant doit être en même temps mobile, on ne doit pas pousser le bulbe trop en avant, pour éviter qu'il ne s'étrangle dans l'ouverture oculaire.

G. Enfin veut-on simuler des paupières étroitement fendues, on retire le porte-œil de son support, on saisit alors le châssis de resserrement suspendu par son fil, et on le fait entrer d'arrière en avant dans l'ouverture oculaire, en ayant toujours soin de placer l'angle entouré du fil en rapport avec l'angle externe de l'œil. Après avoir fixé le châssis, on dirige ensuite l'œil comme nous l'avons indiqué A.

Les yeux et les instrumens peuvent être déposés sur la table *l* (*fig.* 2); leur chûte est empêchée par le rebord qui l'entoure.

Chaque fois, après qu'on s'est servi de l'ophthalmophantôme, il faut avoir soin de le nettoyer et d'essuyer surtout la partie *c*, afin d'empêcher la formation de la rouille.

Je dois faire remarquer qu'en s'exerçant sur l'ophthalmophantôme, l'opérateur doit placer sur le masque la main qui n'agit pas avec l'instrument, comme s'il voulait fixer la paupière inférieure avec l'index, empêcher l'œil de fuir en se servant du doigt médian, et soutenir la tête en plaçant le pouce sous le menton, et les quatre autres doigts sur le visage.

Les masques pèsent environ sept livres. Au lieu de leur donner une position verticale, je les incline un peu en arrière pour imiter celle de la tête quand on opère sur le vivant. L'ouverture palpébrale a dû être plus grande qu'elle ne l'est réellement chez l'homme lorsque les deux paupières sont écartées, parce que le bulbe et surtout la cornée de l'œil des cochons sont un peu plus grands que dans l'espèce humaine; mais j'ai fait faire ces ouvertures plutôt proportionnellement trop petites que trop grandes, afin de rendre les opérations sur le masque plutôt un peu plus difficiles que plus faciles. Le châssis de resserrement permet d'apprendre à opérer sur des yeux à fente palpébrale étroite, disposition que l'on rencontre assez fréquemment, et qui rend les opérations plus difficiles.

Le moyen que j'ai adopté pour fixer le globe de l'œil est le plus simple ; j'ai donné à la lame d'acier une direction oblique d'avant en arrière, pour que sa pointe s'opposât plus efficacement aux déplacemens du globe de l'œil en avant, et afin que dans les opérations où il s'agit de renverser et de déchirer le crystallin, l'instrument ne la rencontrât pas.

Mon principal vœu est que l'appareil dont je viens de donner la description, puisse contribuer à former de bons médecins-oculistes, en répandant surtout le goût pour les opérations qu'on pratique sur les yeux, qui jusqu'ici ont été beaucoup trop négligées.

EXPLICATION DES FIGURES.

PLANCHE PREMIÈRE.

Figure 1re.

Entropion par suite d'affection spasmodique des paupières et du relâchement de la peau qui les couvre. Les cils sont tombés et en partie renversés en dedans. Les bords palpébraux, un peu durs et épaissis, sont le siége d'une douleur circonscrite. La conjonctive est depuis long-temps dans un état inflammatoire. La moitié inférieure de la cornée présente un obscurcissement leucomateux, et le reste de cette membrane n'a plus sa transparence normale. Pupille ronde, mais rétrécie.

Figures 2e et 3e (empruntées à Saunders).

La figure 2 représente un œil ouvert sur lequel le tarse a été enlevé pour remédier à un entropion, selon la méthode de ce médecin.

La figure 3 montre le même œil fermé.

Figure 4e.

Sur la paupière supérieure on voit un trichiasis sans que la direction de la paupière soit changée. Sur la paupière inférieure il y a une double rangée de cils dont la postérieure est renversée en dedans. (Copiée d'après Demours, *Maladies des yeux.*)

Figure 5e.

Ectropion, suite de blépharophthalmies fréquentes et entièrement négligées, avec érosion de l'angle externe et

gonflement et rougeur de la conjonctive palpébrale inférieure. Le renversement en dehors du point lacrymal inférieur produit un larmoiement incommode. Près du petit cercle se trouvent des taches rondes d'une teinte tout-à-fait différente de celle de l'iris, comme on les rencontre sur quelques individus.

Figure 6e.

Sous l'angle interne on voit une tumeur oblongue, dilatée en bas en forme de sac. C'est une hydropisie du sac lacrymal, n'occupant pas cependant la place ordinaire de ces affections, probablement par la raison que l'ouverture externe du canal lacrymal osseux s'étend plus loin en bas que d'ordinaire; la tumeur est assez dure, insensible et ne diminue pas par la pression. Sur le même œil il y a deux pinguecula situés l'un au-dessus de l'autre.

Figure 7e (tirée de Wardrop, *Essays on the morbid Anatomy of the human Eye*).

Conjonctivite n'existant que depuis huit jours; la paupière supérieure est un peu relevée pour pouvoir mieux voir le globe oculaire. Les vaisseaux rouge-écarlate se dirigent de tous les côtés, mais ne s'anastomosent que dans les parties éloignées de la cornée sans se porter sur cette membrane. La conjonctive est peu gonflée; les paupières, au contraire, le sont beaucoup et ont sur leur surface interne un aspect velouté; les cils sont collés par une masse puriforme liquide qui se montre principalement sur la paupière inférieure. Le cercle bleu autour de la cornée, qui ressemble presque au cercle sénile, s'observe quelquefois et sans cause connue.

Figure 8e.

Pannus de nature rhumatismale, qui fait de fréquentes rechutes depuis près de deux ans. Jusqu'ici la maladie a bravé les efforts de plusieurs médecins oculistes; malgré l'emploi des remèdes les plus vantés, je n'ai pu obtenir qu'une diminution de symptômes, mais jamais la cessation complète de l'affection. Toute la surface du globe oculaire est recouverte d'un voile rouge épais; à peine reconnaît-on encore les limites de la pupille. La surface interne des paupières est d'un rouge moins foncé.

Figure 9e.

Cette figure est empruntée à Beer. Elle est l'image d'un pterygion crassum développé sur l'œil d'un journalier âgé de soixante-neuf ans; cette maladie se distingue fort bien du pannus et présente ici une bifurcation remarquable du pterygion en deux pointes, disposition que l'on rencontre rarement.

PLANCHE II.

Figure 1re.

On voit sur la cornée de cet œil deux cicatrices dont la plus petite, *a*, est tout-à-fait simple; la plus grande *b*, a un pourtour nébuleux qui s'étend surtout vers la pupille et dans ce cas gêne la vue plus que ne le fait la cicatrice elle-même. Comme ces opacités nébuleuses sont susceptibles d'être guéries, mais que la cicatrice elle-même reste toujours incurable, il est facile de voir jusqu'à quel point on peut espérer de rétablir la vue (Beer.)

Figure 2e.

Profil de la propulsion conique de la cornée, esquisse

imitée d'après Wardrop. Elle représente la maladie à un degré assez avancé; la cornée est parfaitement transparente.

Figure 3ᵉ (d'après Beer).

Glaucôme arthritique. La pupille est très-dilatée et a pris la forme transversalement ovalaire qu'elle présente à l'état normal chez les animaux ruminans. Le fond de la pupille est d'une couleur vert de mer foncé et présente une opacité concave. Sur la conjonctive et la sclérotique se rendent un grand nombre de vaisseaux variqueux. (Les symptômes qu'un dessin ne saurait exprimer sont l'immobilité de la pupille, la perte complète de la vue, le manque d'expression vivante dans le regard, etc.)

Figure 4ᵉ.

Elle offre l'aspect de l'œil d'un homme âgé de quatre-vingt-trois ans, parfaitement bien portant jusqu'alors, et représente une *cataracte lenticulaire* complète, simple, assez dure, qui a mis quinze mois à se développer. Le crystallin a pris dans ce cas une couleur uniforme, grisâtre, tirant un peu sur le vert-jaunâtre; il se montre assez éloigné de l'iris, c'est pourquoi on remarque derrière la bordure noire de la marge pupillaire de cette membrane une ombre distincte qu'elle projette sur le crystallin opaque. Il est plus que présumable, à l'aspect de cet œil, que l'opacité n'a son siége que dans le crystallin. L'iris, quoique paresseux, est cependant mobile; sa couleur, qui était précédemment d'un gris-bleuâtre, a pris peu à peu la teinte que l'on voit ici représentée. On remarque en même temps un cercle obscur en dedans du bord pupillaire de l'iris, cercle qu'on n'aperçoit jamais lorsque la pupille, noire à l'état normal, se montre plus claire à l'observateur, à cause des opacités qui existent dans

la chambre postérieure de l'œil et plus profondément encore. Du reste le malade dont j'ai dessiné l'œil aussi fidèlement que possible, avait bien une sensation distincte de la lumière mais ne pouvait reconnaître aucun objet le soir, avec cet organe dont la pupille était cependant dilatée.

Figure 5e.

Cette figure représente, autant qu'il m'a été possible d'imiter la nature, une *cataracte simple de* Morgagni, c'est-à-dire dans laquelle, ni le crystallin, ni la capsule antérieure de ce corps ne sont le siége de l'opacité. On observe ici dans la pupille des nuages gris-bleuâtres qui sont formés par l'humeur de Morgagni coagulée. La partie plus épaisse et plus dense de cette humeur concrétée s'affaisse lorsque la tête du malade reste en repos pendant long-temps, en sorte qu'on aperçoit toujours au dessus de cette couche plus dense une autre plus ténue, que le professeur Beer, d'après qui j'ai copié cette figure, a également cherché à représenter. Lorsque le crystallin ou sa capsule ont perdu leur transparence, on ne remarque point les signes que nous venons d'indiquer. Du reste, l'iris ne projette aucune ombre; mais le cercle obscur du bord pupillaire de cette membrane est visible.

Figure 6e.

Dans cette figure, que j'ai tracée d'après l'œil très-volumineux d'un homme de soixante-deux ans, on reconnaît sans peine une *cataracte capsulo-lenticulaire.* On voit distinctement la capsule antérieure, représentant quatre branches brillantes comme du blanc de baleine, limitées par une croix grise; on voit à cet endroit, à travers la capsule crystalline encore diaphane, le crystallin d'un gris pâle, également opaque. La cataracte est tellement volumineuse, que non-seulement on n'aperçoit pas la moindre ombre projetée par l'iris sur la

cataracte; mais celle-ci pousse même cette membrane un peu en avant et la rend convexe. Il n'est pas besoin de dire que la chambre postérieure de l'œil est ici complètement détruite, que le cercle obscur qui est en dedans du bord libre de l'iris doit toujours être très-visible, et cette membrane immobile. Il est digne de remarque d'ailleurs que, dans ce cas, l'obscurcissement de la capsule a procédé d'arrière en avant, tandis que les progrès de l'opacité se font ordinairement dans une direction opposée chez les personnes âgées.

Figure 7.

Elle offre une *cataracte capsulo-lenticulaire siliqueuse sèche*, survenue chez un enfant, et dessinée d'après nature par le professeur Beer. On remarque facilement la capsule cristalline racornie, qui doit ici être située fort loin derrière la pupille, parce que l'iris projette une ombre très-large sur la cataracte, aussi le cercle obscur qui est en dedans du petit cercle de cette membrane est-il peu visible.

Figure 8.

Elle représente une *cataracte glaucomateuse* dont le développement ne fut en aucune manière précédé d'une inflammation arthritique, et qui succéda à un *glaucôme*. La malade affectée de cette cataracte était une femme très-grasse, âgée de quarante-huit ans, qui lors de la cessation du flux menstruel fut affectée d'une arthritis générale extrêmement violente. La cataracte présente ici cette couleur glauque ou vert de mer qui lui a valu le nom de *cataracta viridis*, et qui cependant manque assez souvent : aussi la dernière dénomination lui convient d'autant moins qu'il y a des cataractes lenticulaires dont la couleur tire sur le verdâtre, et qui n'ont du reste aucune analogie avec la cataracte glaucomateuse. Dans le cas qui est figuré ici, le crystallin a beaucoup aug-

menté de volume; il est encore contenu dans sa capsule, et fait saillie au dessus de la portion inférieure du bord pupillaire de l'iris, ce qui au premier abord pourrait faire croire que la partie supérieure du bord pupillaire de cette membrane est renversée en arrière. Au reste il n'est pas possible de méconnaître cette espèce de cataracte, à l'aspect de la pupille qui ressemble à celle des animaux ruminans, au bord bleuâtre à peine perceptible qu'on remarque autour de la cornée, à la couleur sale de la sclérotique et au réseau de vaisseaux sanguins variqueux, disséminés dans la conjonctive oculaire. (Beer.)

Il est surtout utile et intéressant de comparer ensemble toutes ces espèces de cataractes que nous avons figurées.

Figure 9e.

Lorsqu'en 1817 je fis le voyage de Rome à Ancône, j'eus occasion, dans une maison garnie, non loin de la *Santa-Casa* de Lorette, de dessiner cet *œil hydropique* sur une femme âgée de quarante-deux ans. On voit déjà, au premier aspect, que c'est surtout l'humeur aqueuse qui est en excès; cependant le corps vitré paraît aussi être légèrement affecté; car l'iris est déjà noirâtre et un peu poussé en avant. Tout le globe de l'œil était manifestement alongé, et n'exécutait ses mouvemens qu'avec difficulté, ou avec beaucoup moins de facilité que celui du côté opposé qui était parfaitement sain.

La pupille n'était pas beaucoup plus grande que dans l'état naturel; mais elle était tout-à-fait immobile; la sclérotique était bleuâtre autour de la cornée, mais du reste elle avait pris une teinte un peu livide. On ne voyait que peu de vaisseaux variqueux à la face externe du bulbe oculaire. La cornée était claire et transparente, et l'œil offrait, dans sa totalité, un aspect vitré particulier qui est constant dans l'hydrophthalmie. La vue était très-faible, et les bords des paupières étaient toujours mouillés et visqueux. La malade,

qui était d'un tempérament cholérique, me raconta qu'elle avait reçu autrefois un coup de poing sur cet œil, qui en était resté pendant long-temps rouge et fort douloureux; que depuis cet accident elle avait la vue très-faible, et croyait toujours apercevoir des mouches volantes. L'hydropisie de cet organe s'était developpée petit à petit.

Figure 10e.

Cet œil brun est affecté d'une iritis simple à sa première période. La pupille qui est encore arrondie, mais considérablement rétrécie, n'est plus d'un noir vif, comme dans l'état normal, mais elle paraît d'un noir pâle et mat, surtout quand on l'examine à la loupe; en même temps le bord pupillaire de l'iris n'est plus distinct. On aperçoit aussi l'altération de la couleur de cette membrane produite par l'inflammation, altération qui commence surtout vers son petit cercle; il est également impossible de méconnaître sa propulsion vers la cornée.

Cette figure devient surtout intéressante si on la compare avec la *fig.* 7e de la *pl.* III, représentant l'ophthalmie interne simple, qui a pour point de départ les parties profondes du bulbe oculaire. (Beer.)

PLANCHE III.

Figure 1re.

Cette figure représente l'aspect d'un œil affecté d'une iritis simple à sa seconde période; on peut voir que deux abcès se sont formés dans l'iris. L'un d'eux est déjà ouvert, et a versé dans la chambre antérieure le pus qu'il contenait, d'où est résulté un véritable *hypopyon*. Le pus situé au fond de cette chambre suivait les mouvemens de la tête, et les lambeaux de l'abcès ouvert, encore attachés à l'iris, flottaient dans

l'humeur aqueuse. L'autre abcès, encore entier, s'ouvrit fort peu de temps après que Beer eut dessiné cet œil. Du reste l'iris, qui auparavant était bleu, était devenu verdâtre, et tuméfié autour de la pupille, qui elle-même était resserrée, anguleuse, et obscurcie par de la lymphe coagulable; le bord pupillaire paraissait infundibuliforme, et rentré en dedans vers la capsule antérieure du crystallin.

Figure 2e.

Cet *œil de chat amaurotique* a été dessiné d'après nature par Beer, sur une femme de quarante-deux ans, qui était complètement aveugle. L'iris, comme on le voit, était très-pâle, la pupille dilatée, et l'on apercevait au fond de l'œil la surface postérieure concave du globe de l'œil qui est ici teinte en rouge.

On n'a pas pu rendre dans cette figure le brillant qui l'a fait appeler *œil de chat*, et qu'on n'observe dans l'œil que lorsqu'on le place dans l'ombre et dans certaines situations.

Figure 3e.

On reconnaîtra ici sans peine l'image d'une *amaurose arthritique* complète qui a été dessinée d'après nature par Beer. On remarque distinctement dans la grande pupille ovale, semblable à celle des ruminans, l'opacité noirc-verdâtre du corps vitré qui est affecté; on voit de même l'altération qu'a éprouvée la couleur de l'iris, et les vaisseaux variqueux de la sclérotique. Après un temps plus ou moins long, il se joint assez souvent à cette amaurose une cataracte glaucomateuse, et enfin une atrophie du bulbe, époque à laquelle l'arthritis cesse de manifester ses effets dans cet organe.

Figure 4e.

Elle représente un *fongus hématode de la rétine*. Le malade

fut traité par Astley Cooper; mais ce chirurgien ne fit aucune tentative pour obtenir la guérison, parce que la maladie était déjà trop avancée, c'est-à-dire qu'elle avait atteint le degré de développement qu'on a figuré ici. La tumeur saillante hors de l'orbite était blanchâtre, inégale, mais lisse, et fut frappée de sphacèle avant la mort du malade. Cette figure montre en même temps jusqu'à quel point les ganglions lymphatiques peuvent, dans cette affection, acquérir un volume extraordinaire. La tumeur qu'on a représentée dans cette figure était en suppuration à sa surface. (Voy. Wardrop, *Observations sur le fongus hématode.*)

Figure 5e.

Cette figure représente un œil ouvert, affecté de *fongus hématode de la rétine.* Cette dégénérescence débuta chez le petit malade d'après lequel on a fait le dessin si frappant du fongus commençant, non dans l'œil droit comme il est représenté ici, mais d'abord dans l'œil gauche, et à l'âge de neuf mois. Le dernier œil n'était pas enflammé, mais abondant en vaisseaux, et son volume était un peu augmenté. L'iris surtout était rempli de vaisseaux sanguins, et la pupille très-dilatée et immobile. La rétine se montrait au fond de l'œil comme une plaque d'argent concave. L'œil était frappé de cécité, mais indolent, et le malade bien portant du reste. A l'âge de quinze mois l'affection se propagea à l'œil droit (on a représenté la dégénérescence), et offrit des phénomènes semblables. L'œil gauche éprouva en peu de temps une altération plus considérable; le crystallin fut déplacé et devint opaque; il descendit à la partie inférieure du corps vitré. Environ trois mois avant la mort du malade, cet œil, qui était sensible depuis quelque temps, augmenta rapidement de volume, et commença à faire saillie entre les paupières sous forme d'une masse rouge, qui finit par acquérir le volume d'une grosse pomme. Quinze jours, à peu

près, avant sa mort, le malade tomba dans un état de somnolence au milieu duquel il jetait parfois des cris. Il était souvent pris de convulsions, et mourut pendant un de ces accès. On examina l'œil droit quelque temps avant la mort, et on trouva que ce qui dans la région de la rétine avait eu précédemment l'aspect d'une plaque de métal concave, s'était avancé, et paraissait remplir tout l'espace en arrière de l'iris. Ce corps semblait toucher à cette membrane, et l'œil offrait un aspect semblable à celui qu'on observe quand il est affecté d'une cataracte blanche avec une pupille dilatée; mais cet aspect était illusoire, car le corps étranger occupait seulement la place du corps vitré, le crystallin était dans sa position naturelle et conservait sa transparence.

Lorsqu'après la mort du malade on incisa la tumeur de l'œil gauche, on vit qu'elle consistait en une masse dure, fibro-vasculeuse, dans laquelle on ne pouvait plus reconnaître l'organisation primitive des parties. Quand on eut ouvert la tête, on trouva que l'affection s'étendait le long du trajet du nerf optique gauche jusqu'au *ganglion* qui était entièrement transformé en une tumeur sanguinolente, et qui à cause de son extrême mollesse ne put être examiné. Le nerf optique droit était sain de chaque côté du ganglion. Les ventricules du cerveau étaient fort dilatés et remplis de sérosité.

L'œil droit, dont on a représenté la coupe, offre en *a* le nerf optique, *b b* la masse morbide, produit de la dégénération de la rétine, *c c* la sclérotique, et enfin *d d* la choroïde. (Voy. Saunders, l. c., pag. 145, et Wardrop, *Obs. sur le fongus hématode de la rétine.*)

Figure 6e.

Dessinée par Beer, elle représente une ophthalmie externe, simple, extrêmement violente (*chémosis*), vers la fin de la première période, époque où il n'est guère plus possible d'empêcher la suppuration. La conjonctive oculaire est sou-

levée en bourrelet, d'une manière uniforme tout autour de la cornée; mais le globe de l'œil lui-même n'a pas augmenté de volume (circonstance par laquelle cette figure diffère de l'ophthalmie universelle, *fig.* 2, *pl.* IV.) La cornée est déjà dans toute son étendue d'un gris rougeâtre, opaque, et on n'aperçoit plus de traces d'iris ni de pupille.

Figure 7e.

En considérant attentivement cet œil, on peut remarquer que l'iris, qui était autrefois d'un gris bleuâtre, est maintenant d'une couleur verdâtre, et un peu tuméfié autour de son centre; et, si on tient compte de la disposition du bord pupillaire de cette membrane, qui est rentré en dedans vers le centre en forme d'entonnoir, et de l'occlusion de la pupille, on doit aussitôt soupçonner l'existence d'une violente inflammation dans l'intérieur de l'œil; si l'on tient encore compte des signes subjectifs, et que l'on ait égard à la teinte légèrement rosée de la sclérotique, il ne doit plus rester de doute sur l'existence d'une *ophthalmite simple, ayant commencé dans les parties les plus internes du globe de l'œil.* Cette figure est copiée d'après le dessin original de Beer.

Figure 8e.

Le *staphylôme sphérique général de la cornée* ne peut être méconnu dans cette figure. Il a été observé sur un jeune homme de vingt-cinq ans, et s'était développé à la suite d'une ophthalmie consécutive à une lésion de l'œil, faite deux ans auparavant avec un instrument piquant, bien effilé. La cornée forme une tumeur exactement sphérique, pourvue de quelques vaisseaux d'une couleur blanchâtre, opaque, qui vers son sommet, prend une teinte gris-de-perle, bleuâtre. La sclérotique est blanche comme de coutume, mais n'a plus son éclat naturel; les paupières sont un peu enflammées. (Wardrop.)

Figure 9e.

J'ai dessiné ce *staphylôme partiel de la cornée* sur une jeune fille âgée de seize ans, bien portante du reste. Cette affection était survenue à la suite d'une ophthalmie varioleuse, que la malade avait eue environ dix ans auparavant, suivant le rapport de sa mère. Le staphylôme occupe ici toute la moitié inférieure de la cornée; son aspect est blanc-bleuâtre, luisant, un peu inégal, et il offre une saillie assez considérable. La moitié supérieure de la cornée est entièrement transparente; aussi aperçoit-on distinctement l'iris, qui est d'un gris bleuâtre foncé, et presque en contact avec la cornée. On distingue encore à peine le tiers de la pupille qui est à moitié oblitérée.

PLANCHE IV.

Figure 1re.

Cette figure offre l'image d'un *clou* (*clavus*), observé chez une jeune fille de vingt-trois ans, et dessiné d'après nature par le professeur Beer. La malade portait depuis plus de sept ans ce *clavus*, qui, dans le commencement, était plus élevé et plus foncé. Il s'était insensiblement recouvert d'une membrane peu transparente et tellement consistante, que lorsqu'on voulut détruire la maladie, les plus forts caustiques ne l'attaquèrent en aucune manière, et qu'il fallut le couper à sa base.

Figure 2e.

Représente une *ophthalmite générale simple*, à sa seconde période, qu'on distingue d'une manière très-tranchée du *chémosis* (*fig. 6. pl. III*), au gonflement considérable de tout le bulbe oculaire. L'augmentation de volume du globe de l'œil, et l'élévation de la conjonctive oculaire, qui est

d'un rouge vermeil, et forme un bourrelet tout autour de la cornée, ont déjà refoulé en arrière la paupière supérieure, qui est également enflammée, et ont renversé en dehors la paupière inférieure. La cornée offre déjà une sorte d'abcès ramolli dans son centre, qui fait saillie hors de la cavité formée par le bourrelet de la conjonctive, et menace de se rompre.

Figure 3e.

L'œil très-remarquable qui est représenté par cette figure, offrait réunis une *atrophie du bulbe*, un *squirrhe de la paupière* et un *ankyloblépharon partiel*, il appartenait à un vieillard de quatre-vingt-deux ans, affecté d'arthritis depuis plus de quarante ans. Depuis huit ans, l'arthritis (comme le disait le malade lui-même) se montra d'abord dans l'œil droit, et faisait éprouver des tiraillemens violens, surtout dans la région sus-orbitaire; la face externe de l'œil et des paupières était continuellement rouge. Cette affection ayant été complètement négligée, il survint une inflammation; la vue diminua, l'inflammation et les douleurs éprouvaient quelquefois des intermissions, surtout en été, et reparaissaient avec le froid ou l'humidité. Peu à peu la vue se perdit de plus en plus; l'œil diminua de volume, se retira graduellement au fond de l'orbite; en même temps les paupières s'affaissèrent davantage. L'œil était baigné de larmes, et les glandes de Meibomius recélaient une mucosité qui retenait les paupières collées l'une à l'autre pendant la nuit. Cette circonstance, jointe à ce que les bords des paupières étaient continuellement enflammés, souvent excoriés, que le malade tenait son œil soigneusement bandé avec un linge, et négligeait de prendre des soins de propreté, occasionna l'adhérence des bords des paupières vers l'angle externe, dans l'étendue qu'on voit figurée ici. On sentait déjà auparavant des indurations vers le bord de la paupière supérieure et ensuite plus loin; on y apercevait trois tumeurs in-

dolentes ayant la couleur de la peau. Les cils furent détruits par l'inflammation chronique et ne revinrent plus aux deux paupières. Aujourd'hui presque toute la paupière supérieure est dans un état d'induration, et les trois tumeurs, quand on les touche, font éprouver au plus haut degré des douleurs pongitives et brûlantes, et annoncent, avec les autres signes, le commencement d'une dégénérescence carcinomateuse. Le bulbe lui-même conserve à peine le tiers de son volume naturel; il est d'un rouge sale, et la cornée raccornie a un aspect grisâtre, mais laisse néanmoins soupçonner la présence de l'iris derrière elle. Quand je dessinai cet œil, la fente palpébrale était déjà entièrement fermée; c'est pourquoi il me fallut abaisser la paupière inférieure afin de faire voir la portion du bulbe que j'ai figurée.

Figures 4ᵉ et 5ᵉ.

Ces deux yeux, dessinés d'après nature par Beer, représentent l'*iritis arthritique simple* (*fig.* 4), chez un individu du sexe masculin, grand, maigre, sec, sensible, dont les yeux étaient bleus; on aperçoit une pupille très-resserrée, anguleuse; le bord pupillaire de l'iris est retiré en arrière, en forme d'entonnoir, vers la capsule antérieure du crystallin, et est uni à celle-ci par un réseau d'albumine coagulée très-délicat, mais qu'on distingue déjà à l'œil nu. La *fig.* 5ᵉ représente la même maladie chez une femme d'une petite stature, grasse, peu irritable, agée de quarante-huit ans, dont les yeux étaient bruns, et chez qui le flux menstruel avait cessé de paraître depuis deux ans; la pu-

pille est dilatée, sa forme ressemble à celle des animaux ruminans, le petit cercle de l'iris est renversé en arrière, vers la chambre postérieure de l'œil, et par conséquent invisible. Il n'y a aucune trace d'albumine coagulée dans la pupille, mais on distingue au fond du bulbe oculaire une opacité gris-verdâtre du corps vitré, indiquant un *glaucôme parfait*, phénomène tout particulier qui se présente chez les sujets arthritiques, gras et indolens. Cet œil n'est par conséquent pas susceptible de la moindre perception de la lumière, tandis que celui de la figure 4e éprouve non seulement cette sensation, mais peut encore distinguer les objets d'un très-grand volume.

On remarque, en outre, dans les deux yeux une rougeur pâle de la sclérotique, et que recouvre sur la conjonctive un réseau vasculaire d'un rouge foncé, qui, vers la circonférence de la cornée, devient plus serré, de manière à former un cercle assez dense, mais se montre çà et là comme séparé du bord de cette dernière membrane par un anneau bleuâtre, sale, étroit et inégal. En examinant l'iris dont la couleur est dégénérée, et qui fait tumeur en avant, on ne peut pas méconnaître les vaisseaux sanguins variqueux qui se dirigent vers la pupille.

Figure 6e.

Elle est une des images les plus frappantes de l'*iritis syphilitique simple*. On remarque une rougeur pâle particulière répandue sur toute la conjonctive et la sclérotique, qui, autour de la cornée, se condense de manière à former un cercle; en même temps l'iris est devenu verdâtre, la pupille

est tiraillée diagonalement vers la racine du nez, et le globe de l'œil, dans sa totalité, est mat et sans éclat. Trois condylômes parfaitement développés, qui se trouvent soit au bord ciliaire, soit au bord pupillaire de l'iris, ne laissent du reste aucun doute sur la nature de cette inflammation.

Figure 7^e^.

Ophthalmie érysipélateuse vers la fin de la 2^e^ période d'après Beer. Les taches assez circonscrites et d'un rouge clair, qui ressemblent à des sugillations, font un contraste singulier avec le reste de la conjonctive dont la teinte est presque celle de l'ictère commençant.

Figure 8.

Elle représente l'*ophthalmie scrophuleuse simple*, telle qu'elle se manifeste chez des enfans scrophuleux, gras, insensibles et peu irritables. Les vaisseaux d'un rouge vermeil de la conjonctive, et qui sont disposés par faisceaux, font un contraste frappant avec la rougeur très-pâle et uniforme de la sclérotique. On voit ici deux abcès de la cornée, dont le plus grand, presque situé au milieu de cette membrane, est ouvert et forme un ulcère profond, dont les bords sont un peu fongueux. (Beer.)

Figure 9^e^.

Elle représente une *ophthalmie scorbutique simple*, et est copiée d'après Beer, qui l'a dessinée sur un sujet complètement scorbutique. La sclérotique est sale, livide ; on remarque dans la conjonctive qui la recouvre un réseau

de vaisseaux sanguins dense, d'un rouge bleuâtre; la transparence de la cornée, de l'humeur aqueuse, de tout l'œil enfin, est troublée, le miroir de l'œil est mat et sans éclat; dans l'intérieur même de l'œil tout est confus; aussi les limites naturelles de la pupille sont effacées. On aperçoit dans l'iris des vaisseaux variqueux de couleur foncée, qui se dirigent vers la pupille. Il est inutile de dire que le malade fut entièrement aveugle, mais après la guérison du scorbut il éprouvait une légère perception de la lumière. Quoique cet œil ne représente pas le plus haut degré de l'ophthalmie scorbutique simple, il est néanmoins extrêmement rare d'observer cette maladie, même à ce degré.

PLANCHE V.

Figure 1re.

Pince à traverses, pour former un pli à la peau lors de l'opération de l'entropion ou de la chute de la paupière supérieure. On a conseillé de donner aux traverses *a b*, qui sont ici peu concaves à la surface par laquelle elles se touchent quand on rapproche les branches de l'instrument, tantôt une concavité correspondante à la convexité de la paupière supérieure, tantôt de la convexité, afin de pouvoir saisir une plus grande quantité de peau. On peut éviter ces deux extrêmes en rendant cette surface plane ; l'opinion d'excellens chirurgiens s'accorde entièrement avec la mienne sur ce point.

Fig. 2e.

Érigne double, très-commode pour saisir la caroncule la-

crymale et les tumeurs enkystées qu'on veut enlever. Les deux crochets *a*, peuvent être aussi un peu plus recourbés qu'ils ne le sont ici.

Figure 3e.

La seringue d'Anel, avec une canule droite, très-fine *a*, et une autre courbe, sensiblement plus grosse *b*.

Figure 4e.

Couteau en forme de lancette, fixé sur son manche, fort et tranchant sur ses deux bords *a b*, servant non-seulement à ouvrir le sac lacrymal quand il est rempli de pus ou de mucosité, mais encore à faire l'incision de la cornée pour la formation d'une pupille artificielle, et à ouvrir l'hypopion et les abcès de cette membrane.

Figure 5e.

Petite pince oculaire du docteur Bloemer. Elle se distingue des autres qui ont été employées jusqu'à ce jour dans le même but, surtout par ses trois pointes en crochet destinées à saisir, et dont l'une se trouve à la branche *b*, les deux autres à la branche *a*, de telle sorte qu'elles forment avec la tige qui les porte un angle obtus de 120°. Quand on ferme la pince, la pointe *b* s'applique exactement entre les deux pointes *a;* (toutes sont très-pointues et modérément trempées) et elles se recouvrent parfaitement, en sorte que les deux branches, convexes à leur côté externe, planes à l'interne, ressemblent, quand elles sont juxtaposées, à une sonde mousse un peu conique. *c* représente la face plate de la branche *a*.

Cet instrument peut être employé avec un avantage marqué dans tous les cas où Beer faisait usage de sa pince à dents. Voy. Græfe *und* Walther, *Journal für Chirurgie und Augenheilkunde*, 1820. B. 1. St. 4. S. 730.

Figure 6e.

Le couteau à staphylôme de Beer, destiné uniquement par lui à extirper le *staphylôme général* ou *total de la cornée*. Il ne diffère de son couteau à cataracte que par l'augmentation de toutes ses dimensions.

Figure 7e.

Le crochet en fil d'argent de Richter pour fixer la paupière supérieure dans différentes opérations.

Figure 8e.

L'aiguille de Langenbeck pour la kératonyxis; il y en a une représentée sur le côté, une autre sur le plat. Elle doit être modérément courbée, et il faut que le bord tranchant des deux côtés soit très-court. Du reste la pointe est aiguë et très-étroite; le col offre un diamètre un peu moindre que la plus grande largeur de la pointe, pour éviter qu'il ne remplisse tout-à-fait l'ouverture faite à la cornée, et pour ne pas gêner les mouvemens qu'on imprime à l'aiguille.

Figure 9e.

Le *kératotôme* de Langenbeck pour broyer la cataracte. Il n'est pas à la vérité toujours facile de bien diviser les cataractes avec l'aiguille courbe ordinaire de Langenbeck : la modification que cet opérateur a apportée à son instrument est par conséquent fort utile.

Le *kératotôme* diffère de cette aiguille en ce que, au lieu d'une surface convexe, il offre un tranchant qui a cette forme, et que sa concavité n'est pas tranchante, comme le dos du couteau à cataracte; par conséquent là où l'aiguille offre deux

bords, le kératotôme présente deux faces. Ces deux faces se terminent en un col arrondi qui doit être disposé de manière à remplir l'ouverture de la cornée, et empêcher l'écoulement prématuré de l'humeur aqueuse.

Figure 10°.

Aiguille à cataracte droite, en fer de lance, servant surtout à pratiquer l'abaissement et le renversement de la cataracte à travers la sclérotique.

Figure 11°.

Le couteau à cataracte de Beer pour l'incision de la cornée. Il faut qu'il ait exactement les dimensions que nous avons représentées dans cette figure; le manche octogone *e f* ne doit du moins pas être plus court qu'il n'est ici; *a b* représente la plus grande largeur de la lame; le dos *d e* doit être mousse, étroit et arrondi, pour empêcher l'humeur aqueuse de s'écouler trop tôt. Le tranchant *a a* est très-affilé; il en est de même pour la partie du dos *c d*, qui se rapproche de la pointe, et offre la forme d'une lancette; vers *d*, il arrive d'une manière insensible à prendre la forme du dos mousse et arrondi. La lame est du reste très-légèrement convexe, pour qu'elle ne puisse pas faire ressort.

Figure 12°.

La lance à cataracte de Beer, destinée à faire de nombreuses incisions fenêtrées dans la paroi antérieure de la capsule crystalline, quand on pratique l'extraction, et à détruire tous les rapports de la capsule avec les autres parties, d'après la méthode indiquée par Beer pour extraire le crystallin opaque avec sa capsule. Il faut que la pointe *a*, ainsi que les bords *a b* et *a c*, soient fort tranchans, et que toute la lance soit bien polie.

Figure 13e.

a, la cuiller de Daviel; *b* spatule d'or ou d'argent, très-élastique, munie d'un ressort léger; elle doit être tranchante aux bords *c* et *d*; on s'en sert dans plusieurs opérations qu'on pratique sur les yeux.

Figure 14e.

Ciseaux de Daviel, courbes sur le bord et sur le plat; ils doivent avoir des pointes mousses, bien polies, et servent à agrandir l'incision de la cornée, lorsque malheureusement elle a été faite trop petite. On doit par conséquent avoir deux paires de ces ciseaux, dont les courbures se regardent, savoir : une pour le côté droit, l'autre pour le gauche. On peut du reste les employer avec avantage dans beaucoup d'autres opérations. Il n'est pas facile de bien confectionner ces sortes de ciseaux, non-seulement parce que les deux branches de chaque paire doivent s'accorder exactement, mais parce qu'il faut en même temps qu'elles soient fort tranchantes, ce qu'on n'obtient pas aisément à cause de leur courbure.

Figure 15e.

Érigne utile dans l'opération des pupilles artificielles. Elle doit être extrêmement fine et en acier, et très-acérée à sa pointe.

Figure 16e.

La pince-crochet de Reisinger ouverte en *a*, et vue par son bord; fermée en *b*, et vue de côté; on aperçoit ici les petits crochets qui doivent si bien s'adapter l'un contre l'autre qu'ils semblent n'en former qu'un seul.

Figure 17ᵉ.

Petit crochet à pointe très-aiguë, servant à fixer le globe de l'œil dans l'opération des pupilles artificielles, et pouvant surtout être utile quand on opère avec l'*iriankistron*. A ce sujet je partage entièrement l'opinion de M. le docteur Zang, quand il dit (*Darstellung blutiger heilkünsterischer Operationem Wien.*, 1818; 2. B, S. 234) : « On doit conseiller l'usage »de ce crochet dans tous les cas où il s'agit de pratiquer une »pupille artificielle, quelle que soit la méthode que l'on »suive à cet effet. »

Du reste on enfonce l'instrument dans la conjonctive qui recouvre la sclérotique, vers la partie inférieure du globe de l'œil, et on le fait tenir par un aide, assez près pour que cet organe étant en repos, il ne lui reste pas de place pour fuir, sans cependant qu'il soit gêné.

PLANCHE VI.

Pour la description de la *fig.* 1ʳᵉ. (Voy. p. 257 du 2ᵉ vol.)

(*Fig.* 2.) *Vue du profil de l'ophthalmophantôme.*

A. Le socle ou piédestal.
l. La table.
m. Le pied.
op. Point de séparation de la table et du pied.
z. Le bâton fixé à la table, au moyen duquel celle-ci peut être élevée à volonté.
n. Vis servant à fixer le bâton *z*.
qr. Le plus petit diamètre du pied.
ff. Supports qui reçoivent le bâton D.
gg. Vis qui servent à le fixer.
B. Masque.

a a a Plan indiquant la direction de la section longitudinale que l'on a supposée faite à la tête.

c. Petit anneau de laiton auquel un fil attache le châssis de resserrement de l'œil droit.

d. Châssis servant à rétrécir l'ouverture oculaire droite, suspendu librement à son fil; celui du côté gauche est supposé avoir été enlevé.

e D. Porte-œil.

h h. Mortaise dans laquelle glisse le bâton *e*, en avant et en arrière.

i. Vis qui sert à fixer la partie *e*, dans cette mortaise.

k. Lame de laiton logée dans une entaille faite au bâton D. et taraudée pour recevoir la vis *i*.

(*Fig.* 3). *Vue antérieure des parties qui entourent l'ouverture palpébrale droite* (*grandeur naturelle*).

b b b b La face externe antérieure des paupières, qui sont représentées écartées le plus possible.

(*Fig.* 4). *Vue postérieure des parties qui entourent l'ouverture palpébrale droite* (*grandeur naturelle*).

a a a a. La face postérieure, interne des paupières, se dirigeant obliquement d'avant en arrière, et du centre de l'ouverture oculaire aux parties voisines.

(*Fig.* 5). *Châssis de resserrement de la fente palpébrale droite, vu par sa face antérieure* (*grandeur naturelle.*)

a et *b.* Lignes qui limitent la surface antérieure des bandelettes destinées à opérer le rétrécissement de l'ouverture palpébrale.

c. L'angle externe du châssis où est attaché un fil de soie.

(*Fig.* 6.) *Profil de la partie e du porte-œil (grandeur naturelle)*.

E E E E. Les quatre bandelettes de laiton destinées à recevoir le globe de l'œil.

F. La lame d'acier fixant l'œil dans la cavité formée par ces bandelettes.

e. Pièce de laiton perforée, et soudée à la bandelette supérieure E, qui détermine et assure la direction de la lame.

G. Petit levier de laiton au moyen duquel on opère les rotations du bulbe oculaire.

D. Cylindre autour duquel s'enroule l'extrémité antérieure du ressort, et sur lequel s'appuie la partie antérieure du cylindre creux qui sert à le fixer.

C. Le ressort.

c c c. Les trois circonvolutions libres du ressort.

B. Cylindre autour de l'extrémité antérieure *b* duquel s'enroule l'extrémité postérieure du ressort à boudin, et qui sert d'appui, soit à la totalité, soit seulement à la partie postérieure du cylindre creux qui fixe le ressort, ou le laisse libre, selon qu'il est poussé en avant ou en arrière.

A. La partie postérieure, carrée, qui est reçue dans la mortaise *h h*, *fig.* 2.

a a a a. Face latérale gauche rectangulaire de cette partie.

H H. Cylindre creux qui sert à fixer le ressort; on a supposé sa moitié gauche enlevée; d'où résultent deux intersections imaginaires qui font reconnaître la longueur et l'épaisseur du tube, et sa position, quand il doit rendre le ressort immobile.

TABLE ALPHABÉTIQUE.

	Tomes	Pag.
Abaissement et renversement de la cataracte.	I	307
Abcès des paupières.	I	63
Absorption du crystallin	I	328
Accouchement du crystallin.	I	325
Achlys	I	244
Achromatopsie, *achromatopsia*.	II	4
Acide arsénieux	II	204
Acide sulfurique.	II	206
Adhérence du globe de l'œil avec les paupières	I	147
Ægis	I	244
Ægylops simple, *Ægylops simplex* . . .	I	96
Air	II	250
Akrochordon	I	159
Albugo	I	245
Alopécie	II	167, 172
Altérations du fluide lacrymal . . .	I	178
Alun calciné	II	205
Amaurose	II	36, 285
— — — arthritique	II	2
Amaurosis dimidiata.	II	57
Amaurose gastrique sympathique . . .	II	30
— — — paralytique	II	34
— — — par défaut de vitalité du nerf optique	II	23
— — — par excès de vitalité du nerf optique	II	21
— — — périodique	II	58, 59

	Tomes	Pag.
— — — produite par l'abus des narcotiques	II	26
— — — provenant des vices organiques du nerf optique, etc. . . .	II	41
— — — rhumatique	II	32
— — — succédant à la disparition des exanthèmes	II	31
— — — succédant à la suppression de la sécrétion du lait.	II	41
— — — succédant à la suppression du coryza	II	33
— — — succédant aux plaies des paupières	I	102
— — — symptomatique.	II	27
— — — — — — — — — de l'hydrocéphale . .	II	35
— — — traumatique.	II	36
Amblyopia amaurotica, amblyopie amaurotique.	II	3
Amblyopia crepuscularis.	II	58
— — — *meridiana*.	II	57
Amblyopie succédant à l'abaissement du crystallin	I	311
Anévrismes développés dans l'orbite . .	I	213
Angiectasie des paupières, *angiectasia palpebrarum*.	I	160
Ankyloblepharon	I	147 II 290
— — — — — *perfectum et imperfectum.*	I	148, 148
— — — — — *spurium et verum* . . .	I	148
Ankylops érysipélateux	I	95
Anomalies de la pupille.	I	376
— — — de la vue.	II	43
Appendice.	II	201
Aqua opii	I	38

	Tomes	Pag.
Arcus senilis	I	245
Aridura bulbi.	II	98
Arsenic.	II	204
Atoniatonblepharon, atonie des paupières	I	124
Atresia ductuum excretoriorum glandulæ lacrymalis.	I	180
Atresia pupillæ	I	379
Atrophia bulbi, atrophie de l'œil.	II	98, 290
Atrophie de la cornée	II	100
Augmentation de la sécrétion des larmes.	I	176

B.

Bain d'œil.	II	206
Bains gazeux.	II	236
Bibliographie ophthalmologique.	I	1
Binocles	II	218
Broiement de la cataracte.	I	327
Bois gentil (écorce de).	II	243
Blennorrhée du sac lacrymal.	I	192
— — — — scrophuleuse du sac lacrymal	II	197
Blepharitis.	I	60
Blépharoblennorrhée scrophuleuse.	II	194
Blepharoblennorrhœa	I	68
Blépharophthalmie glanduleuse, varioleuse	II	154
Blépharophthalmite érysipélateuse	I	65
— — — — — — — glanduleuse; simple.	I	68
Blepharophthalmitis.	I	60
Blepharoplegia	I	124
Blepharoptosis	I	122
Blepharospasmus	I	127
Buphthalmos	I	354

C.

Cœcitas diurna	II	57
— — — *nocturna*	II	58

	Tomes	Pag.
Callosités des paupières	I	110
Cancer de l'œil	II	107
— — des paupières.	I	115
Capsulitis	I	263
Carbunculus palpebrarum.	I	120
Carcinôme encéphaloïde	II	63
Caroncule lacrymale (maladies de la). .	I	208
Carunculæ.	I 239,	II 111
Cataplasmes	II	231
Cataracta acreta.	I	280
— — — *capsulo-lenticularis centralis* .	I	275
— — — — — — — — — *cum bursâ ichorem continente.*	I	277
— — — — — — — — — *cystica natatilis.*	I	276
— — — *tremula.*	I	*id.*
— — — *dimidiata*	I	275
— — — *fenestrata*	I	*id.*
— — — *marmorea*	I	*id.*
— — — *punctata*	I	*id.*
— — — *stellata.*	I	*id.*
— — — *spuria, grumosa.*	I	380
— — — — — *lymphatica*	I	*id.*
— — — — — *purulenta*	I	379
— — — *viridis*	II	282
Cataracte.	I	268
— — — adhérente	I	280
— — — arborescente *ou* dendroïde. .	I	273
— — — capsulaire *ou* membraneuse .	I	272
— — — — — — antérieure . . .	I	273
— — — — — — parfaite	I	274
— — — — — — postérieure . . .	I	*id.*
— — — — capsulo-lenticulaire. . .	I 275,	II 281
— — — — — — — — — conique *ou*		

	Tomes	Pag.
pyramidale.	I	276
Cataracte capsulo-lenticulaire cystique. .	I	*id.*
— — — — — — — — — siliqueuse, sèche. . .	I 276, II	282
— — — — — — — — — trabéculaire	I	277
— — — chioroïdale	I	273
— — — de Morgagni	I 274, II	281
— — — dure	I	278
— — — glaucomateuse.	II	37,282
— — — hyaloïde	I	274
— — — lenticulaire	I 271, II	280
— — — — — — — — noire	I	278
— — — molle.	I	*id.*
Cataracte lenticulaire, mûre ou non mûre	I	279
— — — secondaire	I	345
— — — simple, *ou* topique	I	280
— — — verte, *ou* glaucomateuse. . .	I 349, II	282
— — — artificielles (moyen de les produire.)	II	255
Caustiques	II	203
Chalazion	I	112
Chalazosis	I	*id.*
Charbon des paupières.	I	120
Chemosis	II	73,287
Chlorure d'antimoine	II	205
Chute de la paupière supérieure. . . .	I	122
Cicatrices de la cornée.	I 245, II	279
Cirsophthalmia, cirsophthalmie . . .	II	105
Clavus	II	90,289
Clignotement des paupières	I	127
Collyres	II	224
Collyres saturnins	I	216
Coloboma	I	108
— — — *iridis*	I	376

	Tomes	Pag.
Condilômes des paupières	I	157
Corectomie	I	381
Coréoncion	I	391
Cornée conique	I	259
Corneitis	I	240
Corodialysis	I	381
Corotomie	I	*id.*
Corrugatio corneæ	II	99
Crithe	I	92
Crupsia	II	4

D.

Dacryadénitis	I	170
Dacryoblennorrhœa, dacryoblennorhée	I 194, II	197
Dacryocystitis	I	185
Dacryohœmarrhysis	I	178
Dacryolithes	I	*id.*
Dacryops	I	181
— — — *blennoideus*	I	188
— — — *fistulosus*	I	182
Dacryorrhysis	I	176
Dacryostagon	I	*id.*
Dasyma	II	172
Descemet (membrane de)	I	241
Description des figures	II	277
Deutoxide de mercure	II	204
Diminution de la lumière	II	248
Diplopia, diplopie	II	4, 55
Distichiasis	I	137
Double rangée de cils	I	*id.*
Douches	II	207
Drouet (emplâtre de cantharides de)	II	239
Dysopia tenebrarum	II	58

	Tomes	Pag.
E.		
Eau d'opium	I	38
— ophthalmique de Conradi	I	58
Ecblephari	II	105
Ecorce de bois gentil	II	243
Ectropion	I	142, II 277
Ectropium senile	I	74
Electricité	II	232
Emphysème des paupières	I	122
Emplastiques	II	250
Emplâtre de tartre stibié	II	239
Encanthis *inflammatoria*	I	208, II 278
— — — *maligna*	I	210
— — — *scirrhosa et carcinomatosa*	I	*id.*
Enothes	I	147
Entropion	I	131
Epanestemata	I	239
Epicaumata	II	156
Epiphora	I	176
Excitans de la peau	II	238
Excroissances charnues et adipeuses de la conjonctive	I	239
Excroissances moriformes des paupières	I	157
Exophthalmie	I	183
Exophthalmos	I	*id.*
Exostoses de l'orbite	I	161
Extirpation du globe de l'œil	II	111
Extraction de la cataracte	I	313
Evacuation artificielle de l'humeur aqueuse à travers la cornée	II	229
F.		
Fistula sacci lacrymalis	I	197

	Tomes	pag.
Flux lacrymal	I	176
Fomentations	II	234
Fongus médullaire de la rétine	II	63, 285, 286
Fonticules	II	241
Froid	II	244
Fumigations	II	206
Fungus hæmatodes retinæ	II	63, 285, 286
— — *medullaris*	II	63, 285, 286

G.

Galvanisme	II	233
Gerontoxon	I	245
Glandula lacrymalis hydatoidea	I	183
Glaucoma, glaucôme, glaucosis	I	346, II 291
Grain de millet	I	157
Grando, grêlon	I	112
Gutta serena	II	2

H.

Héméralopie	II	58
Hemiopia, hémiopie	II	57
Hemiopsia	II	4
Hernie de la cornée	I	261
— — du sac lacrymal	I	194
Histoire de l'opération de la cataracte	I	301
Hordeolum	I	92
Humeur aqueuse (son évacuation artificielle à travers la cornée)	II	229
Hydatis glandulæ lacrymalis	I	183
— — *palpebrarum*	I	157, II 277
Hydatocapsulitis	I	372
Hydrophthalmia, hydrophthalmus	I	354, II 283
Hydropysie de l'œil	I	*id.* II *id.*

	Tomes	Pag.
Hydropisie du sc lacrymal.	I	189,194
Hydrops sacci lacrymalis.	I	*id. id.*
Hylon.	II	90
Hyperkeratosis.	I	259
Hypoblepharon.	II	100
Hypochyma.	I	268
Hypopium.	I 364 II,	77,284

I.

Impossibilité de fermer les paupières. . .	I	129
Inflammatio fungosa.	II	63
Inflammation asthénique.	I	37
——————— de la glande lacrymale. . .	I	170
——————— de la membrane de l'humeur aqueuse.	I	372
——————— du crystallin et de sa capsule.	I	263
——————— érysipélateuse des paupières.	I	65
——————— externe simple du globe de l'œil.	II	71
——————— gonorrhoïque des paupières.	II	160
——————— purulente des paupières. .	I	68
——————— simple de la caroncule lacrymale.	I	208
——————— de la conjonctive oculaire.	I	225
——————— de la cornée. . . .	I	240
——————— de la rétine.	II	1
——————— de l'iris.	I	362
——————— de l'orbite en général.	I	163
——————— des glandes de Méibomius.	I	68
——————— des paupières. . . .	I	60
——————— de tout le globe de l'œil.	II	95

	Tomes	pag.
Inflammation du sac lacrymal	I	185
— — — — varioleuse des glandes palpébrales	II	154
— — — — — — des paupières . . .	II	150
Introduction	I	35
Introversio palpebrarum	I	131
Introversion des cils.	I	137
Eversio palpebrarum	I	142
Iriankistron	I	392
Iridectomie	I	381
Iridodialysis	I	*id.*
Iridotomie.	I	*id.*
Iritis aiguë.	I 362,	II 284
— arthritique simple.	II	145,291
— arthritico-syphilitique	II	169,292
— chronique	I	369
— *medorrhoica*.	II	160
— Subaiguë	I	371
— Syphilitique.	II	165,292

K.

Keratitis	I	240
Kératocèle.	I	261
Kératonyxis	I	327

L.

Laeyson (poudre ophthalmique de) . .	II	19
Lagophthalmie, *lagophthalmos*	I	129
Lapis palpebrarum.	I	112
Lapsus palpebræ superioris.	I	122
Larmoiement.	I	176
Lemositas	I	71
Lentitis.	I	263

	Tomes	pag.
Leucoma	I	244
— — *cretaceum*	I	245
Leucophlegmatia palpebrarum	I	121
Lippitudo	I	68
— — *angularis*	I	71
— — *neonatorum*	I	81
Lithiasis	I	112
Lumière	II	247
Lunettes	II	208
Luscitas	II	49

M.

Macula arcuata	I	245
— — *margaritacea*	I	*id.*
Madarosis	II	172
Maladies de la conjonctive	I	225
— — de la glande lacrymale	I	170
— — de la rétine et du nerf optique	II	1
— — de l'iris	I	362
— — de l'orbite	I	163
— — des enveloppes externes de l'œil	I	60
— — des paupières	I	*id.*
— — du corps vitré et de l'humeur aqueuse	I	346
— — du crystallin	I	263
— — du globe de l'œil	I	214
Marmaryge HIPPOCRATIS	II	4
Metamorphapsia	II	5
Milium	I	157
Milphosis	II	187
Monocles	II	218
Mouches volantes	II	61
Mouchetures à la surface de l'œil	II	253

	Tom.	pag.
Mydriasis	I	376
Myiodeopsia, myiodéopsie	II	61
Myocephalon	II	90
Myopie	II	50
Myosis	I	377

N.

Nebula	I	244
Nephelium	I	*id.*
Nictitatio palpebrarum	I	127
Nitrate d'argent fondu	II	203
Noli-me-tangere	I	115
Nubecula	I	244
Nyctalopia, nyctalopie	II	57
Nystagmus bulbi	II	45

O.

Obliquité de l'œil	II	49
Oblitération de la pupille	I	378
— — — des canaux excréteurs de la glande lacrymale	I	180
— — — des conduits lacrymaux	I	198
— — — du canal nasal	I	199
Obscuratio leucomatosa	I	244
— — — *nubeculosa*	I	*id.*
Obscurcissement de la cornée	I	*id.*
Oculus artificialis	II	100
— *leporinus*	I	129
— *purulentus*	I	81
Œdema calidum palpebrarum	I	65
Œdème des paupières	I	121
Œil de bœuf	I	354

	Tomes	pag.
Œil de chat amaurotique.	II	25,285
Ongle de la cornée.	II	156
Onyx.	II	*id.*
Opérations de la cataracte.	I	291
Ophthalmia ægyptiaca.	II	125
———*angularis*	II	71
———*asiatica*.	II	125
———*bellica*.	II	*id.*
———*catharralis bellica*. . . .	II	*id.*
———*contagiosa*.	II	*id.*
———*levis*.	II	71
———*puriformis*.	I	81
———*purulenta*.	I	*id.*
———*sicca*.	II	71
———*vetularum*.	I	68
Ophthalmie arthritique	II	143
———catarrhale.	II	120
———catarrho-rhumatique. . . .	II	121
———d'Egypte.	II	125
———des nouveau-nés.	I	81
———gonorrhoïque.	II	160
———morbilleuse et scarlatineuse. .	II	155
———psorique.	II	171
———rhumatique.	II	138
———scorbutique.	II	198,294
———scrophuleuse.	II	183,293
———sèche.	I	69
———séreuse.	I	68
Ophthalmies spécifiques.	II	116
Ophthalmie simple, en général. . . .	I	47
———syphilitique.	II	160
———varioleuse.	II	150
Ophthalmite externe, simple.	II	71
———générale.	II	289

	Tomes	Pag.
Ophthalmie interne.	II	76,288
— — — — varioleuse, externe. . . .	II	151
Ophthalmoblennorrhée.	I	81
— — — — — — — — syphilitico-scor-butique. . . .	II	170
Ophthalmophantôme.	II	265
Ophthalmoptosis paralytica	II	34
Orgeolet.	I	92
— — — scrophuleux	II	196
Ossification du globe de l'œil.	II	113
Ostéosarcôme de l'orbite.	I	162
Oxyopia.	II	4

P

Pacheablephara	I	110
Pachyblepharosis.	I	*id*
Pachytes.	I	*id.*
Palpebra ficosa.	I 72, II	172
Pannus.	I 226, II	278
— *carnosus*.	I	227
— *membranaceus* ou *tenuior* . . .	I	*id.*
— membraneux *ou* léger	I	*id.*
Papula.	I	239
— *rebellis*.	I	116
Paracenthèse de la cornée.	I	359
Paralampsis	I	245
Paralysie des paupières.	I	124
Paupières artificielles	II	105
— — — — — — — de Dzondi. . . .	I	129
— — — (impossibilité de fermer les). .	I	*id.*
Peribrosis	I	71
Perivrasis	I	*id.*
Phalangosis	I	137
Phlyctènes des paupières	I 157, II	277

	Tomes	Pag.
Phlyctenula	I	157
Photophobie	I	48
Photopsia	II	4
Phthysie de la cornée	I	199
Pierre divine (préparation de la)	I	59
Pinceaux	II	252
Pinguecula	I 238, II	277
Plaies de l'orbite	I	167
— — du globe de l'œil	I	214
Pommade citrine (préparation de la)	I	79
Pommades ophthalmiques	II	221
Porosis	I	112
Potasse caustique	II	203, 241
Poudre ophthalmique de Laeyson	II	19
Poudres ophthalmiques	II	220
Presbyopie	II	54
Presbyops	II	*id.*
Presbytie	II	*id.*
Procidence de l'iris	II	89
Prolapsus iridis	II	*id.*
Prophysis	I	147
Propulsion conique de la cornée	I 259, II	280
Psilosis	I	111
Psorophthalmie	II	171
Ptérygion	I 235, II	278
Ptilosis	I 111, II	187
Ptosis	I	122
— — *iridis*	II	89

R.

Raphiankistron	I	392
Renversement de la paupière en dehors	I	142
Renversement interne du bord des paupières	I	131

	Tomes	Pag.
Résolution du corps vitré.	I	352
Resserrement de la pupille.	I	377
Retinitis.	I	1
Rhegma oculi.	II	96
Rhexis — —	II	79,96
Rhyas.	I	209
Rhytidosis.	II	100
Rutidosis.	II	*id.*

S.

Sachets aromatiques.	II	245
Sangsues.	II	230
Sarcoma pulposum.	II	63
Sarcôme de la conjonctive.	I	227
Scheroma.	I	180
Sclerotitis.	I	225
Scotomata.	II	4
Séton.	II	242
Sinapismes.	II	243
Spasmes des paupières.	I	127
Squirrhe de la glande lacrymale. . . .	I	174
— — — des paupières.	I	115, II 290
— — — du globe de l'œil.	II	107
— — — et carcinôme de la caroncule lacrymale.	I	210
Staphyloma corneæ.	II	79
— — — — *iridis*.	II	89
— — — — *racemosum*.	II	90
Staphylôme conique de la cornée. . .	I	259
— — — — de la cornée.	II	79,280
— — — — de la sclérotique.	II	199
— — — — de l'iris.	II	89
— — — — en grappe.	II	90
— — — — partiel de la cornée. . . .	II	82,289

	Tomes	Pag.
Staphylôme sphérique	II	79,288
Stillicidium lacrymarum	I	111,176.
Strabisme	II	44
Strabismus convergens	II	*id.*
— — — *divergens*	II	*id.*
— — — *horrendus*	II	*id.*
— — — *sursùm-vergens*	II	*id.*
Suffusio oculi	I	268
Sursùm-versio oculorum	II	44
Sycosis	I	72, II 172
Symplepharon	I	147
Synchisis	I	352
Synéchie antérieure	II	91
— — — postérieure	II	92

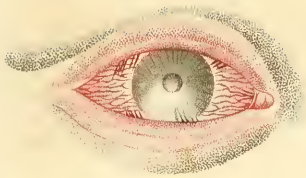
T

Taies de la cornée	I	244
Taraxis	II	71
Teinture thébaïque (d'après la pharmacopée de Londres	I	57
Telangiectasia oculi	II	105
Tetrastichiasis	I	138
Tophus	I	112
Trachoma	I	111
Trichiasis	I	137
Trichiasis partialis	I	*ib.*
— *totalis*	I	*ib.*
Trichosis	I	*id.*
— *bulbi*	I	239
Tristichiasis	I	138
Tumeurs athéromateuses des paupières	I	151
— enkystées de l'orbite	I	211
— lacrymales du tissu cellulaire	I	181
— mélicériques des paupières	I	151

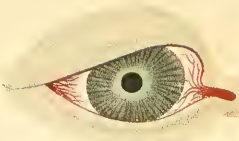
	Tomes	Pag.
Tumeurs stéatomateuses des paupières.	I	151
Tylosis.	I	110
— partiel.	I	113
U.		
Unguis corneæ.	II	156
Ungula.	II	*id.*
V.		
Varicositas oculi universalis.	II	105
Verrues des paupières.	I	157
Vésicatoires.	II	238
Visières.	II	224
Visus defiguratus.	II	5
— *dimidiatus.*	II	4
— *diurnus.*	II	58
— *duplicatus.*	II	55
— *interruptus.*	II	4
— *lucidus.*	II	*id.*
— *muscarum.*	II	*id.*
— *nebulosus.*	II	*id.*
— *obliquus.*	II	49
— *reticulatus.*	II	4,61
— *senilis.*	II	54
Vue double.	II	55
X.		
Xeroma.	II	74
Xeromicter.	I	168
Xérophthalmia.	II	74
Xerophthalmos.	I	180
Y.		
Yeux (absence congéniale des).	II	114
Yeux artificiels.	II	100
Yeux surnuméraires.	II	114

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE.

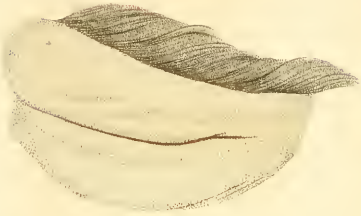
1



2

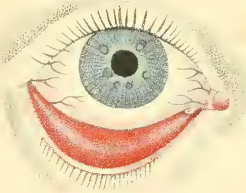


3



4

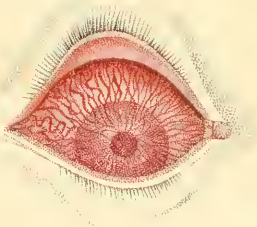
5



6

7

8

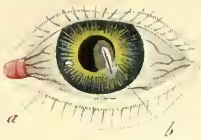


9

Schmolz, Sculp.

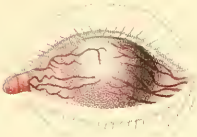
De l'Imprimerie de Langlois.

1

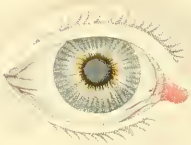


2

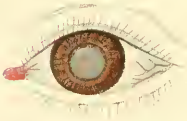
3



4

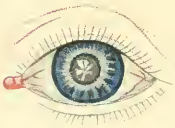


5

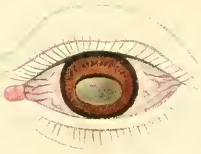


6

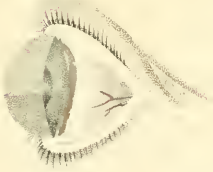
7



8



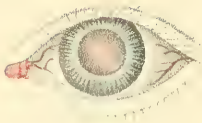
9

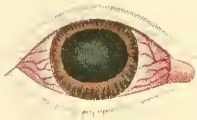


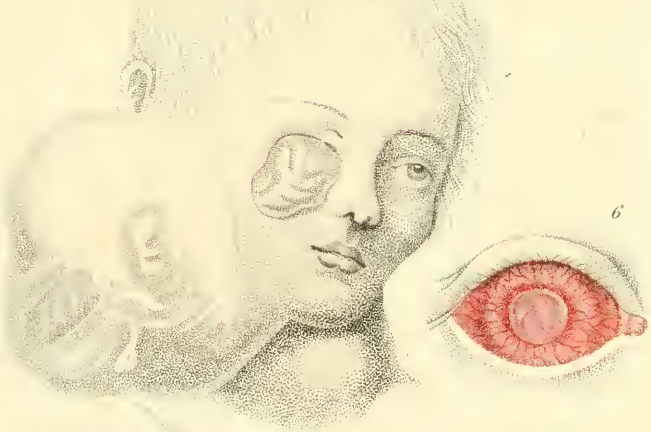
10

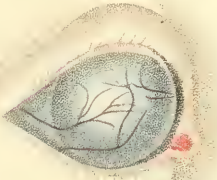
Schmelz Sculp.

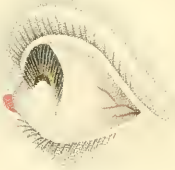
De l'Imprimerie de Langlois.











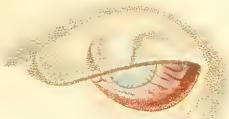
Schmelz, sculp.

De l'Imprimerie de Langlois.

1

2

3

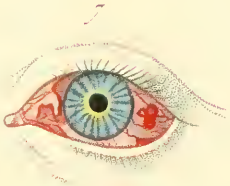


4

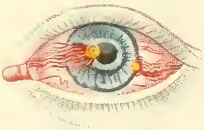
5

6

7



8



9

Schmelz Sculp.

De l'Imprimerie de Langlois.

Gravé par Hocquart

Fig. 1ère

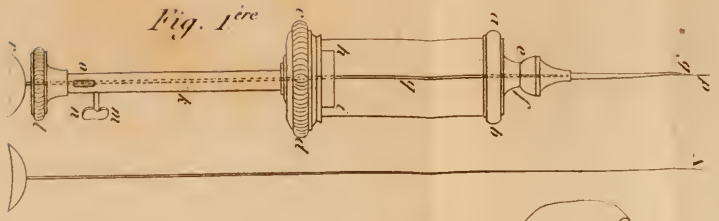


Fig. 3

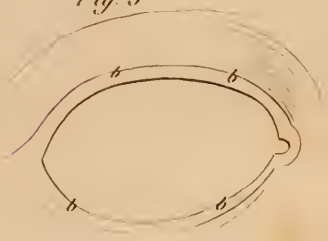


Fig. 2

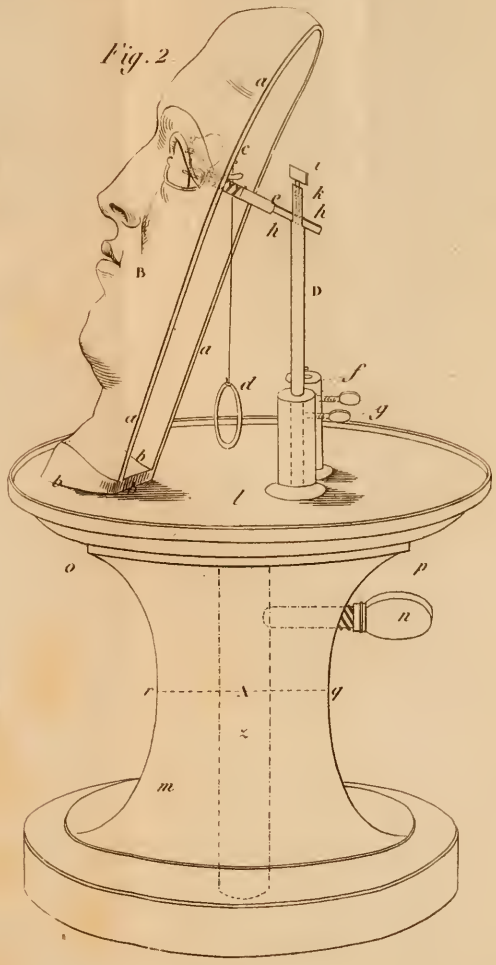


Fig. 5.

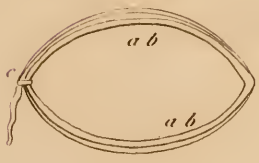
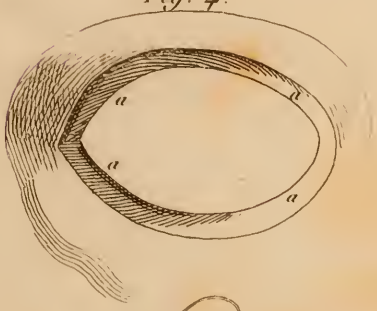


Fig. 4.



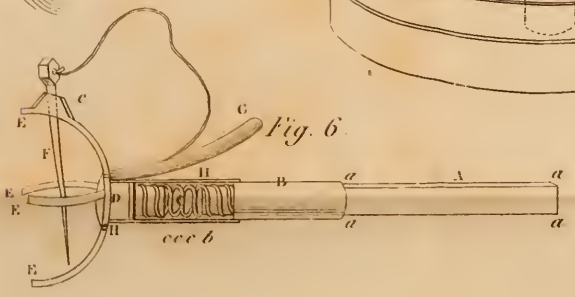
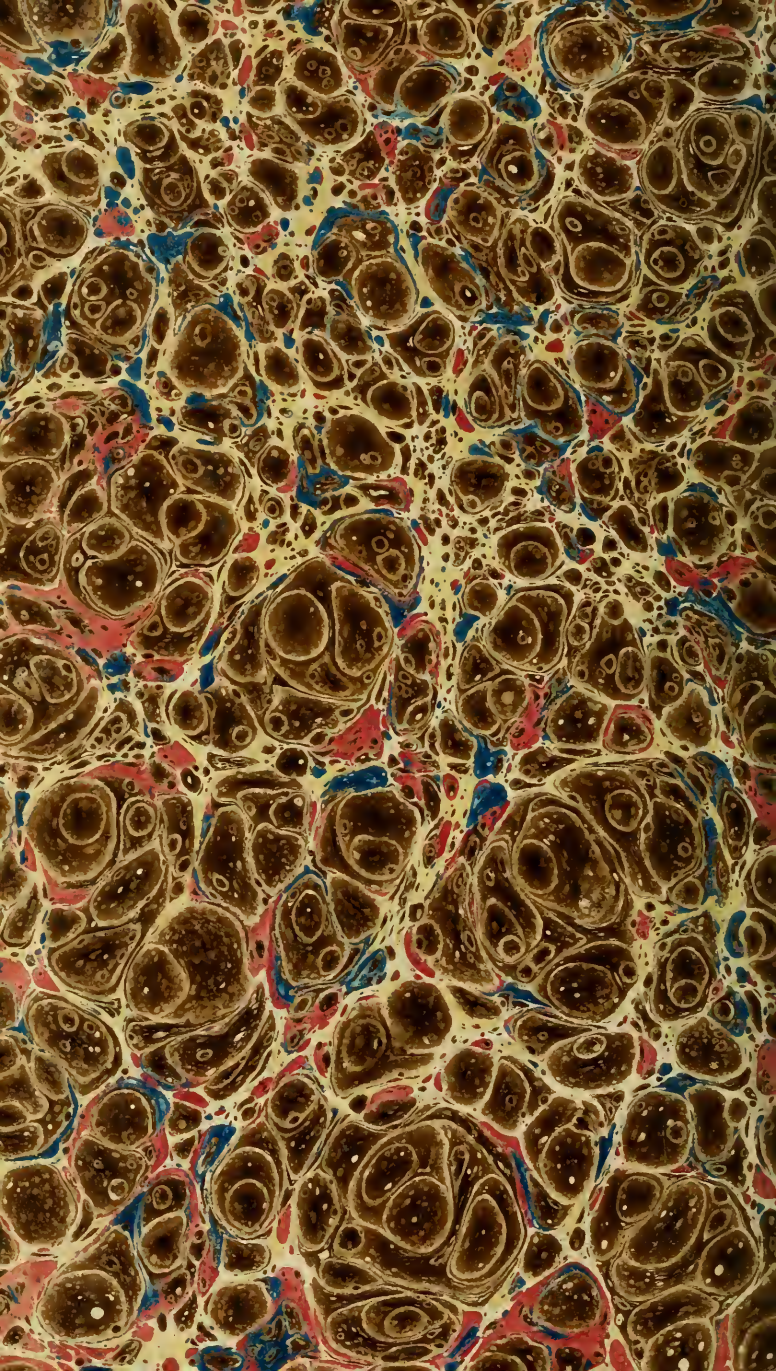
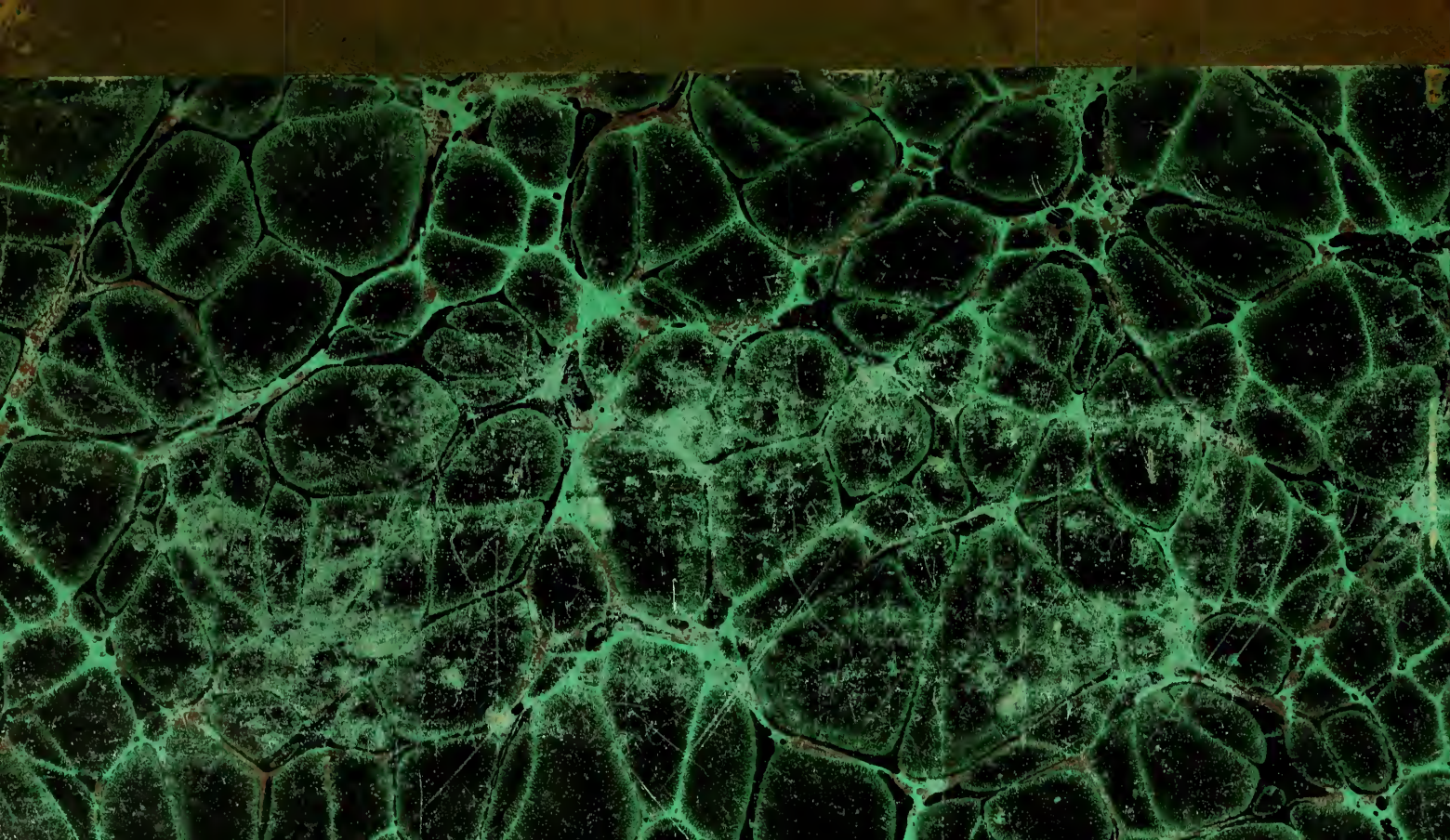


Fig. 6.

Gravé par Hocquart Jne



Accession no.
HC

Author
Weller, C.H.
Traité théorique

Call no. v. 2.
RE46
[redacted] 832w